

Asmus Finzen

Psychiatrie und Soziologie. Eine Einladung

**„Eine unendliche Geschichte frustrierender Begegnungen“.
Krankenrolle und soziale Ungewissheit. Kommunikation und
Verhalten. Vorurteile, Diskriminierung, Stigmatisierung bei
psychischen Störungen**

Asmus Finzen, Allmendweg 16 Ch-3653 Oberhofen Thunersee
Asmus.Finzen@vtxmail.ch

Der vorliegende Text ist mir wichtig. Gewiss ist sein potentieller Leserkreis begrenzt. Die Veröffentlichung als gedrucktes Buch wäre deshalb unvertretbar teuer. Vielleicht finde ich über das Netz die Leserinnen und Leser, die ich mir wünsche.

Inhalt

Vorwort 6

I Psychiatrie und Soziologie 9

„Eine unendliche Geschichte frustrierender Begegnungen“ 10

- Das Goffman-Scheff-Rosenhan-Trauma 12
- Erkenntnisorientierung versus Handlungsorientierung 14
- Sozialpsychiatrie 1904 16
- Sozialpsychiatrie als soziologische Disziplin 18
- Psychiatriesoziologie in London 21
- Prägungen deutschsprachiger Sozialpsychiatrie 22
- Ein Katalog möglicher Gemeinsamkeiten 25
- Der soziologische Zugang zur Psychiatrie 33
- Die Ära der Skalen 35
- Mangelndes methodisches Wissen 37
- Weg von der Ursachen-Orientierung 38
- Symptome kurieren, Krankheiten bewältigen 40
- Bemerkungen 44

Literatur 44

II Krankenrolle und Rollenverhalten bei Psychischen Störungen 50

Vorbemerkung 50

Talcott Parsons und die Soziologie in der Psychiatrie 52

- Soziales Handeln, Systemtheorie und Interaktionsmedien 54
- Die Pattern-Variables: Orientierungsalternativen 55
- Die soziale Rolle von Ärzten und Patienten 58
- Soziale Pflichten von Kranken und Ärzten 61
- Unschärfe und soziale Ungewissheit: Die Rolle der Psychisch Kranken 63
- Rolle und Aufgabe 66
- Soziale Kontrolle 68
- Kriterien von Gesundheit und Krankheit 70
- Von der gesellschaftlichen Notwendigkeit der Stigmatisierung 71
- Abhängigkeit als Krankheitsgewinn 73
- Konsequenzen für die Psychisch Kranken 75
- Die soziale Rolle des Psychiaters: Psychotherapeut und Arzt in Spannungsverhältnis 79

Soziale Ungewissheit und psychische Störung. Kai Erikson über das Dilemma der Psychisch Kranken 87

Das Dilemma 88
Die Versuchung 90
Sprache und Legitimität 92
Psychiatrie als Lebensschule 94
Parsons und Erikson: Gemeinsamkeiten und Unterschiede 95
Privilegien der Krankenrolle und Stigma 96
Das Dilemma der sozialen Ungewissheit 98
Destruktive Entwicklungen 101
Normative Manipulation 105
Soziale Ungewissheit: Soziologische Analyse und praktische Konsequenzen 106
Zuspitzungen 110

Krankheitsverhalten und Hilfesuchverhalten.

Das Konzept David Mechanics 112

Im Vorfeld der Medizin 114
Einflussfaktoren 115
Gesund oder krank 117
Die subjektive Wahrnehmung 120

Literatur 124

III Kommunikation und Verhalten bei psychischen Störungen.

Goffmans Mikrosoziologie 126

Soziologie der Gelegenheiten 126

Normal miteinander Umgehen: Respekt und Anstand in psychiatrischen Institutionen? 132

Regeln und Regelverletzungen 133
Regeln und Regelverletzungen in psychiatrischen Kliniken 135
Die Verrücktheit der Institution: Ausschliessung durch Therapie 137
Bemerkungen 138

Psychiatrische Symptome und öffentliche Ordnung 141

Überbewertung der Symptome 142
Psychotisches Fehlverhalten als öffentliche Angelegenheit 143
Struktur und Begegnung 145
Situationale Unangemessenheit 147
Bemerkungen 148

Die Verrücktheit des Platzes 151

Eine zweifelhafte Doktrin 153
Der Platz 154
Am falschen Platz: Körperliche und psychische Krankheit 156
Gestörte Identität und soziale Auffälligkeit 160
Familie und psychische Krankheit: Manie zum Beispiel –böser Traum, unerträgliche Bedrohung 162

Kollusion als Ausweg 166
Psychiatrische Symptome und soziale Organisation 168
Bemerkungen 170

Literatur 171

IV Stigma, Diskriminierung, Vorurteile 172

Frühe Studien 173

Reaktionen der Angst: Eine „Antistigma-Kampagne in den 50er Jahren
(Cumming und Cumming) 173
Psychiatrie und öffentliche Meinung in der 50er Jahren (Nunnally) 178
Urteile und Vorurteile von Psychisch Kranken gegenüber Psychisch Kranken
(Beuttenmüller, Balke und Hinz) 182
Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung (Stumme) 184
Bemerkungen 187

Zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten. Ein Gutachten für die Psychiatrie-Enquete 1975 190

Fragestellung 190
Bekannte Massnahmen zur Korrektur von Vorurteilen 192
Zielsetzung von Massnahmen zum Abbau von Vorurteilen 201
Methoden und Wirkungen 203
Erfolgswahrscheinlichkeit 203
Psychiatrie sollte für sich selber sprechen: Die Tagesklinik z.B. 207
Konkrete Empfehlungen 209
Schlussfolgerungen 214
Literatur 215

Stigma. Die zweite Krankheit 217

Stigma im Wörterbuch 217
Goffman und das Stigma 219
Traditionen der Stigmatisierung 222
Wurzeln und Prozess der Stigmatisierung 223
Stigmatypen 225
Psychisch Kranke: Diskreditiert und diskreditierbar 227
Stigmatisierung, Ausgrenzung und sozialer Zusammenhalt 230
Soziale Repräsentationen und Vorurteile 232

Bemerkungen 233

Literatur 231

Vorwort

Die grosse Zeit der Psychiatriesozio­logie waren die 50er und die 60er Jahre. Sie waren die Zeit der grossen Studien zur Soziologie der Psychiatrie und ihrer Institutionen, zu psychischer Krankheit und psychisch kranken Menschen, zur Sozialepidemiologie psychischer Störungen, zu psychischen Störungen, vor allem Schizophrenie, und Familie, zu sozialer Schicht und psychischer Krankheit, zu den Folgen der Etikettierung von Menschen als psychisch Krank, zu Vorurteilen und Stigmatisierung, zu den Ideologien der Psychiater und deren Folgen und Schliesslich, dank Goffman, zu den Wechselwirkungen der Kommunikation zwischen Menschen mit Symptomen psychischer Störungen und sog. Gesunden und deren sozialen Folgen in Primärgruppen und Behandlung. Selbst die antipsychiatrische Bewegung nahm damals ihren Anfang.

Gleichzeitig erschien eine Fülle von Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften, zunächst in soziologischen, dann aber auch zunehmend in psychiatrischen, zuerst in der Psychiatry, in der Goffman bereits seit 1952 veröffentlichte. Später wurden auch die Archives of General Psychiatry und das American Journal of Psychiatry und natürlich das British Journal of Psychiatry von psychiatriesozio­logischen und sozialpsychiatrischen Publikationen geprägt. Parallel dazu wurde die deutsch/französiisch/englische Sozialpsychiatrie gegründet. In den 60er Jahren fanden die wichtigsten Ergebnisse der soziologisch geprägten Sozialpsychiatrie ihren Niederschlag in zahlreichen, damals weit verbreiteten Sammelbänden.

Möglich wurde das, weil die amerikanische Soziologie in den Nachkriegsjahren einen nie gekannten Aufschwung genommen hatte. Zugleich standen im Vorfeld der amerikanischen Psychiatriereform von 1963, die von der Community-Mental-Health Bewegung geprägt war, reichlich Forschungsmittel zur Verfügung - auch von Seiten des National Institute of Mental Health. Schliesslich wandten sich zahlreiche Absolventen der qualitativ orientierten Chicagoer Schule der psychiatriesozio­logischen Forschung zu, weil sie angesichts des Aufschwungs der empirisch-statistischen Ausrichtung der meisten anderen Universitäten anderweitig

nur schwer eine Anstellung fanden. Der hierzulande wenig bekannte John Clausen, der später in Berkeley lehrte, betätigte sich Anfang der 50er Jahre vom NIMH aus als Scout, der es unter anderem Goffman ermöglichte, von dort aus seine mikrosoziologische Psychiatrieforschung in Angriff zu nehmen.

Die psychiatrie-soziologischen Texte von damals haben mich in meiner Entwicklung zum Sozialpsychiater geprägt. Vorausgegangen war die Auseinandersetzung mit Parsons Analyse der Arztrolle anhand der von ihm im Social System (1951) formulierten Orientierungsalternativen bei der Arbeit an meinem ersten Buch (1969). Goffmans Schriften begegnete ich während meines ersten Assistentenjahres an der Tübinger Nevenklinik in einem Seminar über abweichendes Sozialverhalten im dortigen Soziologischen Institut. Die Bekanntschaft mit den anderen Autoren, deren Texte ich in diesem Buch berücksichtige, folgte 1969 in meiner Londoner Zeit bei Douglas Bennett an der Tagesklinik des Maudsley Hospital. Bennett verdanke ich auch die Lektüre des aufwühlenden Selbsterfahrungsromans Ken Kesey's „One flew over the Cuckoo's Nest“ (1962). In London hatte ich übrigens nicht nur reichlich Zeit, im unerschöpflichen Fundus der Bibliothek des Institute of Psychiatry zu lesen. Dort traf ich auch eine ganze Reihe der Pioniere der angelsächsischen Sozialpsychiatrie und Psychiatriesozilogie, am intensivsten George Brown und John Wing. Dort fassten Michael von Cranach und ich während eines Wolkenbruchs vor der Buchhandlung Foyles auch den Plan, einige wichtige „Sozialpsychiatrische Texte“ (1972) zu übersetzen—darunter Kai Eriksons „Soziale Ungewissheit und Psychische Krankheit“ (1955).

Das ist nun ziemlich lange her. Tatsächlich wurde mir in den sozialpsychiatrischen Seminaren, die ich von 1969 bis 1987 in Tübingen und Hannover durchführte, allmählich bewusst, dass ich eher Neuere Psychiatriegeschichte lehrte als aktuelle Sozialpsychiatrie. Namen, die Anfang der 70-er in aller Munde waren, gerieten in Vergessenheit. Wenn ich in den 70ern von Begegnungen mit Franco Basaglia oder Ronald Laing erzählte, wurde es still im Raum. In den 90ern konnte ich allenfalls mit höflicher Aufmerksamkeit rechnen - und der Frage: „Entschuldigen Sie, wer ist Basaglia? Wer ist Laing?“ Das war eine völlig neue Erfahrung. Klar, ich war älter geworden. Gleichzeitig war ich überzeugt, dass immer mehr wichtiges sozialpsychiatrisches Wissen verloren ging.

Irgendwann fing ich an, mir wichtige klassische Texte wieder zu lesen. Einige habe ich aus der Perspektive der Wende zum 21. Jahrhundert für die Psychiatrische Praxis neu besprochen. Die Zusammenschau einiger früher Untersuchungen zur Stigmatisierung psychisch Kranker habe ich zusammen mit zwei eigenen Analysen von 1972 und 2000 in dieses Buch aufgenommen. Noch wichtiger waren mir die Studien von T. Parsons, K.T. Erikson und D. Mechanic zur Krankenrolle und zum Rollenverhalten psychisch Kranker und Erving Goffmans mikrosoziologische Untersuchungen zum Denken, Fühlen und Handeln psychisch Kranker in einer Welt von sogenannten Gesunden. Ich kann bis heute nicht verstehen, warum die klassische Literatur, deren Ergebnisse unverändert aktuell sind, in der gegenwärtigen Forschung keine Rolle spielt. Dieses Unverständnis war der Anlass für dieses Buch.

Gewiss, meine Einladung zur Beschäftigung mit der Psychiatriesozioologie ist rückwärts gewandt. Aber die soziale Wahrnehmung von psychischer Krankheit, psychisch Kranken und Psychiatrie und die Auseinandersetzung damit ist nie wieder so intensiv gewesen wie damals. Und ich bin naiv genug zu hoffen, dass das irgendwann wieder so sein könnte. Heute sind sozialpsychiatrische und psychiatriesozioologische Forschung im Wesentlichen Versorgungsforschung. Die ist wichtig. Aber sie ist nicht alles. Deshalb lohnt der Blick zurück. Im Zeichen der Angehörigen- und der Betroffenenbewegung ist es an der Zeit, dass die sozialwissenschaftliche Erforschung der Inhalte Psychisch Kranksein, psychiatrischer Behandlung und Diagnostik und die Reaktionen der sogenannten Gesunden eine Renaissance erfährt. Letzten Endes gilt: Nur wer die Geschichte kennt, kann die Zukunft gestalten. Mein Ziel ist es, dabei zu helfen.

Oberhofen Thunersee im Juni 2009

Asmus Finzen

I Psychiatrie und Soziologie

Zwischen Psychiatrie und Soziologie herrscht Funkstille. Man muss lange suchen, um psychiatrische Publikationen mit sozialwissenschaftlicher Fragestellung und Methodik zu finden oder soziologische mit Psychiatrie oder psychischer Krankheit als Gegenstand. Das war vor zehn Jahren so, als dieser Text zuerst veröffentlicht wurde. Das hat sich seither nicht geändert, wie Angermeyer u.a. (2004) in einer intensiven Zeitschriftenanalyse feststellen. Ihre Schlussfolgerung: „Sozialpsychiatrische Forschung findet nach wie vor in Deutschland praktisch unter Ausschluss der Soziologie statt.“

Zwar gibt es mittlerweile zahlreiche Publikationen auf Befragungs- oder Interviewbasis; aber es fehlt das soziologische Know-How. Die wenigen „neueren“ Buchveröffentlichungen (Fengler und Fengler, Floeth, Hildenbrand, Riemann, Richter) zum Thema sind in der Psychiatrie ohne grosses Echo geblieben. Sie sind Zeugnisse geflissentlichen Aneinander-Vorbeiredens. Ein wissenschaftlicher Diskurs findet nicht statt. Manfred Pflanz' Feststellung aus den siebziger Jahren (1976), die Beziehung zwischen Medizin und Soziologie sei eine unendliche Geschichte frustrierender Begegnungen gilt, was die Psychiatrie anbetrifft, heute mehr denn je. Die Soziologinnen und Soziologen, die im deutschsprachigen Raum in der Psychiatrie tätig sind, lassen sich an den Fingern einer Hand abzählen. Selbst in sozialpsychiatrischen Abteilungen – wenn es sie denn gibt – sind sie eher die Ausnahme.

Woran liegt das? Was hat das zu bedeuten? Müssen wir das bedauern? Sollten wir das ändern? Oder hat es so seine Ordnung?

„Eine unendliche Geschichte frustrierender Begegnungen“

Wer mit den neueren Strömungen der Soziologie vertraut ist, mag auf den ersten Augenblick Mühe haben, die Zusammenhänge zu begreifen. Die Ansätze der verstehenden Soziologie – Ethnomethodologie und symbolische Interaktion – drängen sich für die Bearbeitung psychiatrischer Fragestellungen ebenso auf wie auf die Methoden der qualitativen Soziologie: die Biographik, die Rahmenanalyse oder die Grounded Theory: Auch den quantitativen sozialwissenschaftlichen Methoden eröffnet sich in der Psychiatrie ein weites Feld- wenn man sie kreativ anwendet. Aber genau das geschieht nicht. Stattdessen ist die sozialpsychiatrische Forschung in den vergangenen beiden Jahrzehnten – neben anwendungsorientierten Disziplinen wie Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie - weithin zur reinen Epidemiologie verkommen. Das geht so weit, dass psychiatrische Epidemiologie und wissenschaftliche Sozialpsychiatrie in weiten Kreisen innerhalb der Psychiatrie als identisch gelten. So ist es nur konsequent, dass die 1966 gegründete internationale Zeitschrift Sozialpsychiatrie sich 1988 in Social Psychiatry and Epidemiology umbenannte. So mag es zu erklären sein, dass die beiden Modethemen der gegenwärtigen Psychiatrie – Lebensqualität und Qualitätssicherung – über weite Strecken gar nicht als sozialpsychiatrische Themen erkannt werden, zu deren Bearbeitung es allerdings soziologischen Know-hows bedarf.

In diesem Zusammenhang ist eine Erhebung des Initiativkreises Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie über Umfang und Art sozialpsychiatrischer Forschung bei ihren Mitgliedern von Interesse. Es zeigt sich, dass anwendungsorientierte Fragestellungen und Projekte, unter den Stichworten Evaluation, Versorgungsforschung, Begleitforschung, spezielle Therapie Programme, Enthospitalisierung, Bedarfserhebung, Einführung neuer Dienste, Berufliche Rehabilitation ganz im Vordergrund stehen. Demgegenüber sind erkenntnisorientierte Fragestellungen wie etwa Krankheitskonzepte weit abgeschlagen (Gruyters u. a. 1996). Wie bearbeitet man solche Themen und Fragestellungen ohne Sozialwissenschaftler und ohne sozialwissenschaftliches Expertenwissen?

Kontrollierte klinische Forschung

Es ist kaum verkennbar, dass die Medizin als handlungsorientierte Disziplin ihren eigenen Umgang mit der Wissenschaftlichkeit pflegt. Medizin ist keine Wissenschaft eigener Art. Medizin ist immer Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden von Grundlagenwissenschaften; und im Selbstverständnis der Medizin sind das Naturwissenschaften. Das gilt auch für die Psychiatrie, ungeachtet der Tatsache, dass diese sich vorrangig mit dem Erleben und Verhalten der ihr anvertrauten Kranken befasst.

Wo die Methoden der Grundlagenwissenschaften – wie in der klinischen Medizin – nicht unmittelbar angewandt werden können, gilt das Modell der kontrollierten klinischen Untersuchung, die möglichst unter Doppelblindbedingungen durchgeführt werden soll. Dieses Modell, das für die Arzneimittelprüfung entwickelt wurde, ist zum Ausweis der Wissenschaftlichkeit klinischer Forschung geworden. Unverkennbar steht es heute auch bei den meisten Studien Pate, die sich mit der Lebensqualität psychisch Kranker, der Qualitätssicherung, der Wirksamkeitsprüfung von psychoedukativen oder anderen psychosozialen Interventionen oder der Evaluation von Einrichtungen und Diensten befassen. Gemessen werden in der Regel die Veränderungen von Erleben und Verhalten innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes mit Hilfe selbstgestrickter Skalen und geschlossener Fragebögen, deren Ergebnisse wie in der klassischen kontrollierten Studie quantifiziert und interpretiert werden.

Die Tauglichkeit dieses Forschungsansatzes bei klinischen Fragestellungen und Arzneimittelprüfungen sei unbestritten, obwohl auch dazu in jüngerer Zeit zunehmend kritische Fragen gestellt werden. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass dieses Modell ausdrücklich und bewusst entwickelt worden ist, um „Störfaktoren“ zu neutralisieren und individuelle Besonderheiten durch Zufallsselektion in der großen Zahl der Probandinnen und Probanden statistisch untergehen zu lassen. Bei sozialpsychiatrischen Fragestellungen sind es häufig aber genau diese Störfaktoren, sind es die individuellen sozialen und psychologischen Besonderheiten, die Gegenstand der Untersuchung sind oder sein sollten! Sie müssen also

herausgearbeitet und nicht neutralisiert werden. Es leuchtet ein, dass dazu ein grundlegend anderes methodisches Vorgehen erforderlich ist als bei der klinischen Studie – nämlich quantitative oder qualitative sozialwissenschaftliche Methoden. Dazu gehören z. B. Beobachtung (auch teilnehmende), Befragung (auch offene), Inhaltsanalyse oder biographische Analyse. (Das Experiment, der Prototyp naturwissenschaftlicher Forschung, ist bei sozialwissenschaftlichen Fragestellungen die Ausnahme, sei es wegen der Komplexität des Gegenstandes, sei es aus moralischen Gründen).

Das Goffman-Scheff-Rosenhan-Trauma

Wenn dies einleuchtet, muss man fragen, warum tut man es dann nicht? Zwei Gründe sind problemlos erkennbar. Der erste ist banal: Soziologen sind in der Psychiatrie, anders als Psychologen, im Alltag üblicherweise nicht verfügbar; und Forschungsgelder für sozialwissenschaftliche Projekte sind, wie der Medizin- und Psychiatriesoziologe George Brown (1980) beton, angesichts der naturwissenschaftlich dominierten und orientierten Bewilligungsgremien in der Medizin nur schwer zu bekommen. Der zweite Grund ist komplexer und möglicherweise noch schwieriger zu überwinden: Die Psychiater haben mehr oder weniger bewusst einen abgrundtiefen Horror vor der Soziologie. Ihnen sitzt das „Goffman-Rosenhan-Scheff-Trauma“ in den Knochen. Sie fühlen sich von den Soziologen zu Unrecht kritisiert und an den Pranger gestellt. Sie machen sie für die antipsychiatrische Bewegung verantwortlich, die von allem viele Psychiater der älteren Generation in Zeiten der Psychiatriereform als destruktiv und persönlich verletzend erlebt haben.

Als Beispiel sei ein erzürnter Aufsatz des renommierten amerikanischen Psychiaters P.R. McHugh (1959) von der John Hopkins University in einer der ersten Ausgaben von *Nature Medicine* über „Hexen, multiple Persönlichkeiten und andere psychiatrische Artefakte“ genannt, in dem er seine ganze Bitterkeit über die „Antipsychiater“ Goffman, Laing, Szasz und Foucault ausschüttet, in dem Sinn, was diese der Psychiatrie alles Böses angetan haben. Bemerkenswert ist hier schon die

gemeinsame Nennung dieser vier, von denen sich allenfalls zwei zwanglos in die antipsychiatrische Ecke stellen lassen.

Aber in der Psychiatrie ist Goffman vielfach nicht als luzider Analytiker der „totalen Institution“ rezipiert worden, sondern als radikaler Psychiatriekritiker, der einer Generation von Therapeutinnen und Therapeuten das Leben schwer gemacht hat. Der leise Schlussakkord seiner „Asyle“ verhallt ungehört.

„Auch will ich ... nicht behaupten, ich wüsste einen besseren Weg, mit Menschen, die als geisteskrank bezeichnet werden, umzugehen ... Der in der Anstalt tätige Psychiater selbst hat keine leichte Rolle „ (Goffman 1961)

Selbst die Tatsache, dass Goffmans kritische Analyse zur Durchsetzung der Psychiatriereform der frühen sechziger Jahre beigetragen hat, die die Psychiater selber vehement forderten, wird von der Goffman-Rezeption in der Psychiatrie auch heute noch zugunsten eines antipsychiatrischen Mythos weitgehend ausgeblendet. Dies ist umso erstaunlicher, als Goffman seine Mitarbeiter des National Institute of Mental Health in Bethesda/Maryland (NIMH) in dessen Auftrag und mit dessen Förderung durchgeführt hat.

Ähnlich verhält es sich mit Thomas Scheff (1966) und dessen Übertragung des im wesentlichen von Howard Becker (1963) entwickelten Labeling-Ansatzes auf die psychisch Kranken und die Psychiatrie. Auf die Spitze getrieben wird nach der Etikettierungstheorie aus dem regelverletzenden Jugendlichen erst durch Verhaftung, Verurteilung und Strafe ein Krimineller, aus dem Menschen mit Verhaltensschwierigkeiten erst durch den Kontakt mit der Psychiatrie, durch die Diagnose und die Behandlung ein psychisch Kranker: weil man als psychisch krank diagnostiziert und wie psychisch krank behandelt wird, beginnt man sich entsprechend zu verhalten. Denkt man die Etikettierungstheorie zu Ende, dient die Psychiatrie nicht der Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten, sondern der „Fabrikation des Wahnsinns“. Man kann sich leicht vorstellen, dass Menschen, die sich der Behandlung psychisch Kranker verschrieben haben, dies als widersinnige, zutiefst ungerechte Anschuldigung erleben.

Von Rosenhan schließlich und seinem Aufsatz „On being sane in insane places“, der 1973 zuerst in Science veröffentlicht wurde, fühlte sich die Zunft verhöhnt. Rosenhan hatte acht Gesunde, vier Psychologen, einen Kinderarzt, einen Psychiater, einen Maler und eine Hausfrau veranlasst, sich als angeblich psychisch krank in psychiatrischen Kliniken aufnehmen zu lassen. Keiner wurde als gesund erkannt und als Pseudopatient entlarvt. Rosenhan zog daraus die weitreichende Schlussfolgerung, die Psychiatrie sei nicht in der Lage Normale als gesund zu identifizieren. Sie sei entsprechend nicht in der Lage, psychisch Gesunde zu unterscheiden. Rosenhans Ergebnisse wurden von den Massenmedien in der ganzen Welt breitgetreten. Eine Welle von Schadenfreuden ergoss sich über die Psychiatrie und die psychiatrisch Tätigen. Rosenhans Schlussfolgerungen gingen darüber völlig unter, nämlich „die Sensibilität der im Gesundheitsbereich Tätigen und Forschenden gegenüber psychiatrischen Patienten zu erhöhen“ und die Forderung nach psychiatrischen Gemeindezentren und Kriseninterventionszentren anstelle psychiatrischer Kliniken, wo immer dies möglich sei. Im Übrigen hatte die Psychiatrie die Schwächen ihrer Klassifikationssysteme längst erkannt und damit begonnen, Abhilfe zu schaffen.

Erkenntnisorientierung versus Handlungsorientierung

Man kann sich nun fragen, warum die Psychiatrie mit der soziologischen Kritik nicht gelassener umgegangen ist. Man kann auch natürlich an meiner These zweifeln, dass es die Reaktion auf Goffman, Scheff und Rosenhan war, die die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Soziologie so nachhaltig getrübt hat. Zum einen heizten die Ideen von Goffman und Scheff die damals in London entstehende militante antipsychiatrische Bewegung an. Zum andern unterstreichen die kritischen Thesen der drei Soziologen ein Grundmissverständnis zwischen Soziologie und Psychiatrie – wie im übrigen der gesamten Medizin, das aus meiner Sicht eine der wesentlichen Ursachen für den anhaltenden Konflikt ist. Die Soziologie als Wissenschaft ist vorrangig erkenntnisorientiert; die Psychiatrie ist, wie die gesamte Medizin, vor allem handlungsorientiert – selbst dann, wenn sie selber davon überzeugt ist, auf wissenschaftlicher Grundlage zu handeln.

Für Goffman steht die Feststellung, er wolle nicht behaupten, er wisse einen besseren Weg mit Menschen, die als geisteskrank bezeichnet würden, umzugehen, am Schluss seiner Analyse, auf Seite 365 der deutschsprachigen Ausgabe. Für die psychiatrisch tätigen steht sie ganz am Anfang: Sie müssen mit ihnen umgehen, so gut sie können. Sie haben keine Ausflüchte.

Scheff hat gut reden, wenn er behauptet, die Diagnose mache den Kranken. Die Psychiaterin, der Psychiater müssen auf der Stelle eine Arbeitshypothese entwickeln, eine Entscheidung treffen, wenn sich verstörte Menschen in ihre Behandlung begeben oder wenn die Polizei ihnen sozial auffällige Menschen zuführt, für die es nur die Alternative Untersuchungshaft oder psychiatrische Klinik gibt.

Rosenhan hatte wochenlang Zeit, sich gemeinsam mit acht hochdifferenzierten Menschen auszudenken, wie sie die gehetzten Aufnahmeärzte in psychiatrischen Kliniken täuschen könnten. Diese hatten im Nachtdienst nur Minuten, darüber zu entscheiden, ob sie die vorgeblich verstörten Menschen, die um Aufnahme nachsuchten, auch wirklich aufnehmen mussten oder nicht. Fengler und Fengler (1980) haben im übrigen gezeigt, dass in der Aufnahmesituation in einer Klinik nach ganz anderen Faktoren zum Tragen kommen – etwa ein Vorvertrauen in die Informationen, die die Klienten oder die überweisenden Hausärzte vermitteln –, die primär nichts mit der Bereitschaft zu tun haben zu etikettieren.

Ich bin überzeugt davon, dass dieser Spannungsbogen zwischen Alltagspflichten und Alltagshandeln von Soziologen und Psychiatern ganz wesentlich zu den unleugbaren Ressentiments gegenüber den Sozialwissenschaften auf psychiatrischer Seite beigetragen hat und weiterhin beiträgt. Die moralisierende Haltung, die manch Soziologen dabei einnehmen, erweist sich nicht als sonderlich hilfreich: Die Alternative zur psychiatrischen Anstalt ist nicht selten der Knast oder die Obdachlosigkeit, die Alternative zur psychiatrischen Behandlung mehr als nur gelegentlich der Ausschluss aus der Gemeinschaft der Gesunden oder der Suizid.

Möglicherweise trägt eine Feststellung Uta Gerharts (1991) aus ihrem Aufsatz über „Kulturpessimismus in der soziologischen Medizinkritik“ zur Klärung des Dilemmas bei. Sie schreibt:

„Die Medizinsoziologie vertritt das Programm, das die herrschenden Verhältnisse in der Medizin denunziert und als Unterdrückung entlarvt werden müssen, um der Humanitas des Menschen eine neue Chance zu eröffnen. Dabei wählt sie den Weg gegen statt für die Freiheits- und Gleichheitsansprüche des bürgerlichen Denkens, obwohl sie deren Geltung bejaht... Die Medizinsoziologie stellt sich in den Dienst eines neuen Gesundheitsideals, zu verwirklichen für alle Menschen in einer Welt, die planend dafür sorgen müssen, dass die klinische kurative Medizin überflüssig wird.“

Deutlicher können die unterschiedlichen Perspektiven von Psychiatrie und Soziologie einander wohl kaum gegenübergestellt werden.

Sozialpsychiatrie 1904

Trotz alledem bleibt die anhaltende Verstimmung zwischen Psychiatrie und Soziologie ein Ärgernis. Seit die Psychiatrie sich als eigenständige medizinische Disziplin herausgebildet hat, hat sie sich zu ihrer sozialen Seite bekannt, zunächst als „soziale Irrenfürsorge“, dann, soweit wir wissen (Finzen, Hoffmann-Richter 1995) erstmals 1904 als „soziale Psychiatrie“. Damals schreibt Georg Illberg, weiland Oberarzt an der Königlich Sächsischen Irrenanstalt zu Grossschweidnitz:

„Die Lehre von den für die Gesundheit der Gesamtheit verderblichen Umständen und den zu deren Abwehr nützliche Maßregeln wollen wir sozial Psychiatrie nennen. Die soziale Psychiatrie ist ein weites Gebiet... je weitere Fortschritte die Psychiatrie machen wird, namentlich auch die Lehre von den Ursachen der Geisteskrankheiten, um so mehr wird sich, so steht zu hoffen, der besondere Zweig der sozialen Psychiatrie entfalten.“

Sechs Jahre später berichtet Robert Sommer (1910), Dr. med. et. Phil., ordentlicher Professor der Psychiatrie an der Universität Gießen in einem Aufsatz mit dem Titel „Psychiatrie und Soziologie“ über die Verhandlungen des ersten deutschen Soziologentages. Sein Aufhänger sind die Diskussionsbemerkungen zu einem kontroversen Vortrag des Rassenhygienikers Alfred Plötz, zu dem auch Max Weber einen Beitrag geleistet hat (Peters 1996). Sommer schreibt:

„Während die Psychiatrie... eher mehr auf das soziale Gebiet übergeht, indem sie bei der Ursachenforschung auf allgemeine, im Volke verbreitete Bedingungen treffen, die das Auftreten von Geistesstörungen begünstigen, hat merkwürdigerweise umgekehrt die Soziologie in neuerer Zeit eine immer mehr naturwissenschaftliche, zum Teil geradezu psychiatrische Wendung genommen... Aufgabe der Soziologie ist es, die Unterscheidung der inneren und äußeren Momente immer klarer zu machen und bei den Versuchen der sozialen Verbesserung beide Komponenten gleichmäßig zu berücksichtigen... Klarheit lässt sich nur gewinnen durch gleichzeitiges Studium der durch Vererbung entstandenen Anlage und des sozialen Milieus... Es handelt sich sozial darum, die überwertigen Formen der Variation menschlicher Anlagen in ihrer Entwicklung zu begünstigen und die sozialen Verhältnisse so zu gestalten, dass eine Weiterentwicklung der Menschheit auf dem Boden des natürlichen Adels erfolgen kann. Dies ist der ethische Kern der Soziologie.“

Es sei dahingestellt, ob es sich bei Sommers Überlegungen um eine Kuriosität handelt oder ob er sich im Zeitgeist bewegt. Max Fischer, einer der frühen Protagonisten der sozialen Psychiatrie, der bereits 1912 erstaunliche moderne Überlegungen angestellt hat, hält 1919 fest:

„Die Psychiatrie ist schon als Wissenschaft und Forschungsgebiet sozial gerichtet. Überall stößt sie auf soziale Probleme, auf Beziehungen zur menschlichen Gesellschaft... Überall ergeben sich ursächliche Zusammenhänge mit sozialen oder wirtschaftlichen Zuständen und Missständen in der Allgemeinheit. Ohne Erforschung der sozialen Ursachen und ohne sozial-medizinisches Handeln, besonders auch in der Prophylaxe und Hygiene, also ohne soziale Psychiatrie keine Psychiatrie.“ (1919)

Im gleichen Jahr schreibt Eugen Bleuler in seiner Schrift über das „autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“:

„Der Begriff der Geisteskrankheit (wie er ist, nicht wie er sein soll) ist eben keine medizinischer, sondern ein sozialer. Geisteskrankheiten sind ursprünglich Abweichungen von der geistigen Norm, die ihren Träger sozial untüchtig machen oder ihm erhebliche Schwierigkeiten bereiten.“ (1919)

Fischer wie Bleuler formulieren mit ihren Feststellungen die Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Sozialpsychiatrie, für eine Perspektive der Psychiatrie, die nur mit Hilfe sozialwissenschaftlicher Methoden entwickelt werden kann. Tatsächlich ist das anfangs kein Problem, weil klinische Psychiatrie und Soziologie bis in die zwanziger Jahre mit annähernd identischen Methoden arbeiten: Beobachtung, Befragung, Beschreibung, Biographik.

Sozialpsychiatrie als soziologische Disziplin

Die deutschsprachige Sozialpsychiatrie geht nach einer vorübergehenden Blütezeit (oder Scheinblüte?) in den zwanziger Jahre im Rassenwahn und der Rassenhygiene des Nationalsozialismus unter. Österreich und die Schweiz sind davon durchaus mitbetroffen. Warum die jungen sozialpsychiatrischen Ideen in den vereinigten Staaten nach kaum zehnjährigen zaghaften Ansätzen Mitte der zwanziger Jahre das gleiche Schicksal erleiden, bleibt vorerst unklar. Möglicherweise lassen die Depression und die Weltwirtschaftskrise den sozialpsychiatrischen Ideen in der Praxis keinen Spielraum. bemerkenswerter ist es, dass die amerikanische Soziologie fast gleichzeitig ein reges Interesse an der Sozialpsychiatrie entwickelt.

Für annähernd zwei Jahrzehnte wird Sozialpsychiatrie gleichsam zu einer soziologischen Disziplin. Bereits 1934 legt J. K. Folsom auf der Grundlage von 150 veröffentlichten Arbeiten aus dem Beschneidungsbereich zwischen Psychiatrie und Soziologie im Rahme eines soziologischen Readers einer Analyse der Quellen und Methoden der Sozialpsychiatrie vor. Drei Jahre später folgt im Rahmen eines dem Werk Freuds gewidmeten Heftes der American Sociologic Review eine

Übersichtsarbeit von Warren Dunham (1937), eine Übersicht über „The Field of Social Psychiatry“. Im gleichen Heft findet sich eine ausführliche Bibliographie zur Sozialpsychiatrie (vgl. Bell und Spiegel 1996)

Als der Psychiater Dunham zwei Jahre später gemeinsam mit dem Soziologen Robert Faris die große soziale epidemiologische Untersuchung über Mental Disorders in Urban Areas veröffentlicht – eine „ökologische Studie de Schizophrenie und anderer Psychosen“- , wie es im Untertitel heißt, ist damit nicht nur das goldene Zeitalter sozialwissenschaftlicher Forschung in der Psychiatrie eröffnet. Zugleich beginnt eine außerordentlich fruchtbare Periode der Zusammenarbeit zwischen Soziologen und Psychiater, die über mehr als zwei Jahrzehnte anhalten soll. Der Krieg konnte sie lediglich verzögern, nicht aufhalten. Die Blütezeit der „kooperativen“ Psychiatriesoziologie ging der Entwicklung der modernen klinischen Sozialpsychiatrie voraus. Gemeinsam induzierten sie später die amerikansiche Psychiatriereform und die Community Mental Health Bewegung.

Ich habe an anderer Stelle (1987, 1993) bereits früher die besonderen Merkmale der frutbaren Periode der Zusammenarbeit von Soziologie und Psychiatrie hervorgehoben: Zum einen wurde die Verbindung von soziologischem und psychiatrischem Know-how durch eine ganze Reihe erfolgreicher Gespanne gewährleistet. Faris und Dunham sind die ersten. Viele andere folgen, darunter Holingshead und Redlich, Stanton und Schwartz, Cumming und Cumming, Dohrenwend und Dohrenwend und später in England Brown und Wing.

Das zweite Merkmal besteht darin, dass die Soziologie in der psychiatrischen Forschung sich an den Hauptströmungen der allgemeinen Soziologie orientiert, dass sei ihr über weite Strecken folgt: Faris und Dunham der Stadtsoziologie von Park, Holingshead und Redlich de allgemeinen Schichtforschung, Lidz und Fleck, Clausen und Radke Yarrow und viele andere der Familiensoziologie, Stanton und Schwartz, Cumming und Cumming, Brown und Wing und viele andere der Institutionssoziologie, die Epidemiologie um Leighton und um Srole der allgemeinen quantitativen empirischen Sozialforschung der fünfziger und sechziger Jahre, Thomas Scheff der allgemeinen Labeling-Theorie und Goffman und Strauss schließlich den Ideen ihrer Lehre von der Chicagoer Schule.

Fruchtbarer Austausch

Die Psychiatrie verdankt der Soziologie in jenen Jahrzehnten viel. Aber es gilt festzuhalten, dass es sich keineswegs um eine einseitige Beziehung gehandelt hat. Vor allem die qualitative Soziologie verdankt der Psychiatrie als Zufluchtsort bei Fehlen anderweitiger Arbeitsplätze, als Forschungsgegenstand und als Partnerin wesentlich Entwicklungsimpulse. Nicht nur Goffman erfährt seine praktische wissenschaftliche Prägung nach Studienabschluss in der Psychiatrie. Aber bei ihm ist das besonders deutlich. Bereits seine zweite wissenschaftliche Arbeit über Aspekte der Anpassung und des Scheiterns erscheint 1952 in der „Psychiatry“, die über Jahrzehnte das Publikationsorgan der soziologisch geprägten Psychiatrie bleibt. Auch zahlreiche andere Veröffentlichungen bis hin zur Rahmenanalyse spiegeln seine Erfahrungen in der Psychiatrie. Neben den Asylen seien an dieser Stelle nur einige genannt: Stigma (1963), Interaktionsrituale (1967), das Individuum im öffentlichen Austausch (1971).

Auch der abgebrochene Medizinstudent Anselm Strauss erfährt seine wissenschaftliche Berufspraxis wesentlich in der Psychiatrie und Medizin. Sein Frühwerk "Spiegel und Masken" (1959), das sich mit der Suche nach Identität befasst, hat zwar nur mittelbar mit der Psychiatrie zu tun. Aber bereits sein erstes Hauptwerk, das er gemeinsam mit Leonhard Schatzmann, dem Psychiater Melvin Sabshin und zwei weiteren Koautorinnen verfasst – Psychiatric Ideologies and Institutions (1964) – wird zu einem Klassiker der Sozialpsychiatrie wie der Soziologie. Auch Harold Garfinkel, der untypische Parsons-Schüler und Begründer der Ethnomethodologie, forscht lange Jahre in psychiatrischen Institutionen. Mindestens vier der acht in den "Studies in Ethnomethodology" (1967) versammelten Aufsätze haben direkt oder sammeln Aufsätze haben direkt oder indirekt mit der Psychiatrie oder psychiatrischen Themen zu tun.

Zu guter Letzt hat der verhinderte Medizinstudent Talcott Parsons spätestens seit seiner Psychoanalyse bei Grethe Bibring in den vierziger Jahren einen regen Austausch mit der Psychiatrie gepflegt. Noch als er in der Soziologie wegen des angeblich systemstabilisierenden Charakters seines Lebens längst zur Unperson

geworden war, war er gern gesehener Festredner auf psychiatrischen Kongressen. Seine rollentheoretischen Ansätze, die er im berühmten zehnten Kapitel des Social System am Beispiel der ärztlichen Berufsrolle exemplifiziert, hat nachhaltig in die Psychiatrie hineingewirkt. Das gleiche gilt für seinen Gelegenheitsaufsatz über die Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas aus dem Jahre 1964, in dem er auf eine Differenzierung der Probleme und Rollendefizite von körperlichen und psychisch Kranken verweist.

Zu nennen ist in diesem Zusammenhang auch David Mechanic. Obwohl er bereits 1961 das Konzept des Krankheitsverhaltens veröffentlicht und ein Jahr später seine Monographie „Students under Stress“ vorlegt, gehört er einer anderen Generation an als die bisher Erwähnten. Er ist damals gerade 26 Jahre alt. Mechanic wird in späteren Jahren zu einem der wichtigsten Vermittler von soziologischem Wissen für Mediziner und für Psychiater. Insbesondere durch seine 1969 zuerst erschienen Monographie über „seelische Gesundheit und Sozialpolitik“ (3. Auflage 1989) hat er zudem wichtig Impulse zur Popularisierung der Reformpsychiatrie geliefert. Nach seinem einjährigen Forschungsaufenthalt an der Social Psychiatry Research Unit des Londoner Maudsley Hospital (1965) hat er auch in den nachfolgenden Jahrzehnten die Verbindung zur europäischen, vor allem englischen Sozialpsychiatrie gehalten.

Psychiatriesoziologie und Sozialpsychiatrie in London

Fast alles bisher Erwähnte betrifft die Vereinigten Staaten. Die deutschsprachige Sozialpsychiatrie war mit der Psychiatrie im Dritten Reich untergegangen. Die Psychiatriereform in England, die unmittelbar nach dem Krieg längst vor jener in den Vereinigten Staaten ihre Anfänge nahm, war zunächst pragmatisch und weniger wissenschaftlich orientiert. Aber bereits 1951 formuliert Audrey Lewis, Professor für Psychiatrie an der Universität London, in einem dreißig Druckseiten umfassenden Aufsatz über „Social Aspects of Psychiatry“ wesentliche sozialpsychiatrische Grundpositionen. In den folgenden Jahren initiiert er die Schaffung der sozialpsychiatrischen Forschungseinheit am Londoner Institut of Psychiatry, an dem sich später so herausragende Persönlichkeiten wie John Wing, Michael Shepherd

und George Brown versammeln. Herausragender soziologischer Vertreter der englischen Sozialpsychiatrie bleibt Georg Brown.

Die Londoner wissenschaftliche Sozialpsychiatrie und Psychiatriesozio­logie unterscheidet sich atmosphärisch wie inhaltlich von der amerikanischen. In der Retrospektive wirkt sie trotz der Nähe zu den Quellenorten der antipsychiatrischen Bewegung gelassener, weniger radikal und möglicherweise auch weniger brillant als die amerikanische, dafür aber um so solider. Gewiss ist sie sehr viel stärker handlungsorientiert. Das schlägt sich beispielhaft in den Monographen von Brown, Bone, Dalison und Wing (1965) über "Schizophrenia and Social Care" und in der vier Jahre später erschienenen Monographie von Wing und Brown über „Institutionalismus und Schizophrenie“ nieder. Sie erforschen den Verlauf, die Behandlungsbedingungen und die Behandlungsmöglichkeiten nicht vorrangig aus Erkenntnisinteresse, sondern um etwas zu verändern.

In London gilt das wie überall in England nicht nur für die beteiligten Psychiater, sondern auch für die Soziologen. George Brown selber demonstriert das in beispielhafter Weise in Zusammenhang mit der von ihm wesentlich entwickelten und vorangetriebenen Life-Event-Forschung – der den Einfluss des Lebens verändernden Ereignisse auf die Auslösung und den Verlauf psychischer Störungen. Er konzentriert sich dabei wesentlich auf die Depressionen. Das gleiche gilt aber auch für die Erforschung des Familienmilieus in Familien mit schizophreniekranken Mitgliedern und dem daraus entwickelten Konzept der vorgenannten EE-Forschung (EE steht für emotional engagement), die nicht bei der Diagnose bestimmter schädlicher Einflüsse auf den Krankheitsverlauf und die Rückfallwahrscheinlichkeit stehen bleibt, sondern unmittelbar Interventionsstrategien entwickelt.

Prägungen deutschsprachiger Sozialpsychiatrie

Die neue deutsche Sozialpsychiatrie erfährt ihre frühen wissenschaftlichen Prägungen aus den Vereinigten Staaten, ihre praktischen Anregungen seit Mitte der sechziger Jahre aber vor allem aus England, in erster Linie aus dem Maudsley

Hospital. Die prägenden Persönlichkeiten sind Douglas Bennett, Rudolf Freudenberg und Donal F. Early für die Klinik und John Wing, Michael Sheperd und George Brown für die Wissenschaft. Zwar sind die umfassendsten wissenschaftlichen sozialpsychiatrischen Studien der frühen Zeit epidemiologische Studien, die sich an amerikanischen Ansätze orientierten – z. B. die Mannheim-Studie des Psychiaters Heinz Häfner und der Soziologin Helga Reimann (eine Replikation der Chicago-Studie von Faris und Dunham) oder die epidemiologischen Erhebungen über psychische Krankheit in Niederbayern von Hors Dilling und Siegfried Weyerer.

Aber die beginnende Psychiatriereform und die Psychiatrieenquete bewirken eine Verlagerung des Schwergewichts auf evaluative handlungsorientierte Forschung, die bis heute das Übergewicht behalten hat, ohne zu wirklich neuen Erkenntnissen zu führen. Die Gründe für diese Entwicklung habe ich ebenfalls an anderer Stelle ausgeführt (1993). Hier sei nur noch einmal daran erinnert, dass sich parallel dazu in der deutschen Soziologie der Positivismusstreit vollzog, während die neue sozialpsychiatrische Bewegung in der Bundesrepublik die pragmatisch orientierte Sozialpsychiatrie zwar rational tolerierte, politisch aber eher mit dem radikaleren italienischen Ansatz der Psychiatrie der Befreiung und der demokratischen Psychiatrie sympathisierte und emotional mit den neoromantischen Ideen der antipsychiatrischen Bewegung kokettierte.

Ermutigende Ansätze

Dennoch sind wir heute mit der Situation konfrontiert, dass die Sozialpsychiatrie entweder nicht forscht oder dass sie mit Methoden forscht, die sich am Modell der kontrollierten klinischen Untersuchung orientieren statt an jenen der Sozialwissenschaften, wie ich das oben ausführlich dargestellt habe. Dies kann so nicht bleiben; und es gab vorübergehend Anhaltspunkte dafür, dass es so nicht bleiben wird.

Dafür stand vor allem Mathias Angermeyers interdisziplinäres psychiatriesoziologisches Team, früher Mannheim, jetzt Leipzig, das vorrangig empirische soziologische Forschung im Bereich der Psychiatrie betreibt und dabei

einen Schwerpunkt in der Forschung von Meinungen, Vorstellungen, Überzeugungen und sozialen Repräsentationen von psychischer Krankheit, psychischer Gesundheit und Psychiatrie in der Bevölkerung setzte. Manches davon findet mit Thomas Becker seine Fortsetzung in Ulm.

Da war die Berliner sozialpsychiatrische Abteilung unter Leitung von Stefan Priebe (später London), die vor allem evaluative sozialpsychiatrische Forschung auf hohem Niveau betrieb. Da ist Wulf Rössler, ebenfalls früher Mannheim, jetzt Zürich, der gerade in einem Sonderheft des öffentlichen Gesundheitswesens (1996) unter Gesichtspunkten des Public Health seinen Rahmen von sozialpsychiatrischer Forschung abgesteckt hat. Da war Gwendolin Ropers, holländische Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Reformprojekts von Bedburg, zugleich Ko-Leiterin des Initiativkreises Forschung der DGSP, die erfrischende Unruhe in die Szene gebracht hat.

Da ist außerhalb der Psychiatrie die Gruppe um Manfred Flick, die auf der Grundlage der Theorie der sozialen Repräsentationen versucht, in Medizin und Psychiatrie anthropologische Ansätze im deutschen Sprachraum heimisch zu machen – etwa die von Moscovici, Herzlich, Jodelet und Estroff. Da ist schließlich die Gruppe um Manfred Zaumseil und Klaus Leferink, die auf sozialpsychiatrischem Hintergrund qualitative soziologische, biographische Forschung betreiben und unmittelbar vor der Veröffentlichung einer grundlegenden Arbeit über die Schizophrenie in der Modern – Modernisierung der Schizophrenie – stehen.

Nimmt man alles dies zusammen, bestand am Ende des Jahres 1996 kein Anlass zu Pessimismus. Fünf Jahren mag das noch ganz anders gewesen sein. Noch einmal zehn Jahre danach gibt es allerdings keinen Grund zur Zufriedenheit. Die Zusammenarbeit von Soziologie und Psychiatrie bleibt nach wie vor ein weites, überwiegend unbeackertes Feld mit vielen offenen Fragen und vielen Frage, die konkret noch gar nicht gestellt worden sind.

Ein Katalog möglicher Zusammenarbeit

Ich will im folgenden einige Problemkreise anreißen, die sich für die gemeinsame Bearbeitung durch Psychiatrie und Soziologie geradezu aufdränge. Dabei geht es um Inhalte, um den Einsatz der jeweils angemessenen Methodik, zum dritten aber – und dies scheint mir besonders häufig zu sein – um die Formulierung eines tauglichen theoretischen Rahmens.

1. Lebensqualität und Lebensqualitätssicherung

Die Forschung über diese beiden aktuellen Modelfelder der Psychiatrie orientiert sich, wie oben dargestellt, weitgehend am Modell der kontrollierten klinischen Untersuchung. Sie bedarf der soziologischen Durchdringung. Im Hinblick auf die Lebensqualität gilt das für die Verknüpfung der allgemeinen Lebensqualitätsforschung mit der psychiatrisch orientierten sowie für den Stellenwert objektiver und subjektiver Sichtweisen unter dem spezifischen Gesichtspunkt psychischer Krankheit. Im Hinblick auf die Qualitätssicherung gilt das für die Verknüpfung der technokratischen Bedeutung des Begriffs mit den soziologischen Hintergründen und der Besonderheiten des Rahmens psychiatrischer Institutionen und Organisationen.

2. Verlaufsforschung und Lebenslauf

Auch hier stellt sich die Frage nach der Tragfähigkeit der kontrollierten klinischen Untersuchung. Psychische Krankheiten sind chronisch rezidivierende Störungen. Sie können über Jahre und Jahrzehnte andauern. Kontrollierte klinische Untersuchungen taugen allenfalls für die Beobachtung über Wochen. Wenn wir mehr über den Langzeitverlauf wissen wollen, bedarf es auch der langzeitigen Beobachtung, bedarf es der Berücksichtigung biographischer Faktoren und der Würdigung des sozialen Rahmens.

3. Biographie, psychische Krankheit und psychiatrische Behandlung

Jeder Mensch hat seine eigene Biographie. Wie immer integriert er in seine Kultur und seine Umgebung sein mag im Laufe seines Lebens wird er durch individuelle Ereignisse und Erlebnisse geprägt, die in Abfolge Auswirkungen einzig sind. Mit anderen Worten, das eigene Leben, die eigene Biographie, bedingen jenseits aller kulturellen und sozialen Faktoren auch eine individuelle Betroffenheit von der Krankheit, eine individuellen Form der Auseinandersetzung mit ihr. Da psychische Krankheiten vielfältig und nicht selten von langer Dauer sind, werden sie selber wiederum zu Ereignissen, die die Biographie prägen. Auf diese Weise nimmt die Biographie Einfluss auf die Art und Weise, wie eine Krankheit erlebt und bewältigt wird, wie eine Behandlung wirkt oder nicht wirkt, ob sie zunächst einmal überhaupt akzeptiert wird oder nicht oder viele andere mehr. Die Biographie wird somit zu einem wichtigen Einflussfaktor auf den langzeitigen Verlauf und die Prognose einer psychischen Erkrankung.

1. Familie und Bezugsgruppe

Die Familie psychisch Kranker ist immer wieder unter dem Gesichtspunkt ihrer Pathogenität untersucht worden. Zugleich ist erwiesen, dass die Familie und der übrige Kreis von unmittelbaren Bezugspersonen eine wichtige Rolle bei der Stabilisierung und der Krankheitsbewältigung spielt. Bei Schizophreniekranken mit chronisch rezidivierendem Verlauf sind die unmittelbaren Angehörigen nach einiger Zeit oft die einzigen verlässlichen Bezugspersonen. Zugleich ist die Familie in vielfacher Hinsicht von der Krankheit eines Angehörigen mitbetroffen. Sie wird emotional und materiell gefordert. Oft erstreckt sich das Stigma, das die psychisch Kranken betrifft, auch auf ihre unmittelbaren Angehörigen. Deshalb ist es wichtig zu wissen, was sich im unmittelbaren sozio-emotionalen Umfeld von psychisch Kranken abspielt, wie sich diese unter dem Eindruck psychischer veränderten Verhaltens und durch psychische Krankheit geprägte Kommunikation gestaltet.

5. Subjektive Krankheitstheorien

die Kranken und die Medizin müssen nicht zwangsläufig die gleichen Vorstellungen davon haben, was eine Krankheit ist, welche Symptome sie hat, woher sie kommt und wie sie zu behandeln ist. Im Zusammenhang mit den Vorstellungen der Kranken – und der Öffentlichkeit, deren Teil sie sind – spricht man von subjektiven Krankheitstheorien. Deren besonders Merkmal ist es, dass sie nicht auf wissenschaftlichem Wissen, sondern auf Alltagswissen von Gesundheit und Krankheit beruhen, das sich in Verbindung mit Vorurteilen, Meinungen, gelegentlich ideologischen oder religiösen Vorstellungen und Aberglauben als subjektive Theorien in sozialen Repräsentationen niederschlägt (vgl. Finzen 1996).

Beispiele dafür vermittelt Angermeyer (1994) in den Ergebnissen seiner Repräsentativbefragung nach der „richtigen“ und wirkungsvollen Form der Behandlung von Angst, Depressionen und schizophrenen Psychosen. In dieser Befragung stellt sich heraus, dass in den Augen der Bevölkerung die Psychotherapie die vielversprechendste Behandlungsmethode der Schizophrenie ist. Die Pharmakotherapie rangiert weit abgeschlagen zwischen Meditation und Akupunktur an zweitletzter Stelle. Dieses Ergebnis ist beunruhigend. Noch irritierender aber war die Aufschlüsselung dessen, was die Befragten unter Psychotherapie und Psychopharmaka verstanden. In einer komplexen Analyse fanden Angermeyer und Mitarbeiter, dass die Vorstellungen von den Psychopharmaka ein Profil ergaben, das aus wissenschaftlicher Sicht jenem der Tranquilizer entspricht, die Psychotherapie ein Profil, das der Psychoanalyse entspricht. Ein weiteres Beispiel vermittelt ebenfalls Angermeyer (1997) in einer systematischen Umfrage danach, was sich für die Allgemeinbevölkerung hinter der Krankheitsbezeichnung Schizophrenie verbirgt. Auch dieses Ergebnis war voller Überraschungen: Das Bild, das die Bevölkerung von der Schizophrenie hat, entspricht jenem, für das die Wissenschaft die Krankheitsbezeichnung multiple Persönlichkeit bereithält.

Dieses wenigen Andeutungen unterstreichen, wie wichtig die Erforschung der subjektiven Krankheitstheorien nicht nur für die Verständigung zwischen Ärzten und Patienten ist, sondern auch für die Verständigung zwischen der Psychiatrie und der übrigen Gesellschaft.

6. Krankheitsverhalten, Hilfesuchverhalten

Der Begriff des Krankheitsverhaltens wurde Anfang der sechziger Jahre von David Mechanic eingeführt. Mittlerweile hat er in der ganzen Medizin, insbesondere aber in der Psychiatrie einen wichtigen Stellenwert erlangt. Menschen, die an der gleichen Krankheit leiden, verhalten sich je nach sozialem Hintergrund, je nach Persönlichkeit, je nach ihrer bisherigen Biographie sehr unterschiedlich. Die einen werden rasch aus der Bahn geworfen; die Auseinandersetzung. Die einen leiden und klagen, andere sind in ihr Schicksal ergeben; wieder andere verleugnen die Krankheit; wieder andere lassen sich nicht unterkriegen. Die einen greifen zu tauglichen, die anderen zu untauglichen Mitteln der Selbstbehandlung – etwa zu Cannabis und Alkohol. Die einen suchen rasch fachkundige Hilfe auf; andere setzen sich dagegen zur Wehr; wieder andere verhalten sich passiv und inaktiv. Eng verbunden mit dem Begriff des Krankheitsverhaltens ist jener des Hilfesuchverhaltens. Je nach sozialem Hintergrund suchen die einen zielstrebig ihren Arzt auf, während andere sich zunächst einmal in ihrer in ihrer Familie oder mit ihren Freunden besprechen, es möglicherweise mit ihrem Gemeindepfarrer, mit einem Heilpraktiker oder

Gar einem alternativen Heiler versuchen. Im kulturellen und sozialen Raum bieten sich viele Möglichkeiten des Krankheitsverhaltens und des sozialen Verhaltens bei der Suche nach Hilfe. Gerade im Hinblick auf psychisch Kranke und die Reaktionsformen ihrer Bezugspersonen im Hinblick auf diese beiden Formen von Verhalten gibt es sehr vieles, was wir nicht wissen.

7. Die „gesunden Anteile“

Die Psychiatrie neigt dazu, sich auf die Aspekte von Krankheit zu konzentrieren und jene von Gesundheit bei ihren Klientinnen und Klienten zu vernachlässigen. Aber auch psychiatrische Patienten sind nie in allen ihren Persönlichkeitsanteilen krank. Auch den Schizophrenen bleibt, wie Manfred Bleuler das formuliert hat, „das Gesunde erhalten“. Diese gesunden Anteile bestimmen das Krankheitsbewältigungsverhalten und die soziale Kompensationsfähigkeit der Kranken. Sie erklären, warum bestimmte Kranke sich trotz ausgeprägter Symptome

ohne oder nur mit geringer Hilfe behaupten, während andere mit der gleichen Symptomatik von gleichem Schweregrad uneingeschränkt hilfebedürftig werden. Srole hat im Zusammenhang mit der Midtown-Manhattan-Studie auf diesen Zusammenhang verwiesen. Für ihn war das eine Erklärung dafür, wie es möglich sein konnte, dass die Untersucher bei einem so hohen Bevölkerungsanteil ausgeprägte, psychiatrische Symptome fanden, ohne dass die Betroffenen sich als psychisch krank erlebten oder gar um psychiatrische Hilfe nachsuchten. Auch über diese Zusammenhänge ist wenig bekannt.

8. Therapie – was ist das?

Therapie ist die Domäne der Medizin, sowie die der klinischen Psychologie. Sie kann aber auch Gegenstand der Soziologie sein. Therapie wird in der Regel mit biologischen lernpsychologischen oder psychoanalytischen Kategorien erklärt und verstanden. Die soziale Dimension hat selbst bei gruppenorientierten Verfahren nicht den Platz, der ihr gebührt. Was geschieht aus sozialer Perspektive in der Therapie, wenn zugehört, Rat gegeben, geklärt wird, wenn Patientinnen und Patienten mit ihrer Situation konfrontiert werden wenn Therapeuten Deutungen sogenannten dynamisch unbewussten Material vornehmen. Was spielt sich überhaupt im therapeutischen Setting ab – auf der Station zwischen Patienten und Therapeuten und unter den Patienten. Was vollzieht sich in der psychotherapeutischen Zweierbeziehung. Sie mag einerseits ein klassisches Beispiel für direkte Interaktion sein. So ist solche Interaktion aber zumindest von einer Seite her sehr gezielt, um nicht zu sagen, sehr berechnend. Ist die therapeutische Beziehung eine reale Beziehung, obwohl sei eine künstliche Beziehung ist? Wie werden Gefühle in eine solche Beziehung integriert? Sind sie Übertragung und Gegenübertragung, wie die Psychoanalyse meint? Oder handelt es sich um wirkliche Gefühle? Ist die therapeutische Beziehung eine einzige Modulation – etwas Künstliches, was sich in Wirklichkeit auf einer Art Bühne abspielt? Oder ist sie beides? Oder ist sie möglicherweise für den Patienten Realität und für den Therapeutischen Rollenspiel? (vgl. Goffman 1959, 1974). Die Erforschung des therapeutischen Rahmens mit sozialwissenschaftlichen Methoden könnte eine wichtige Dimension der Therapieforschung eröffnen. Sie könnte auch Erklärungsmodelle für die in jüngerer

Zeit häufiger vorkommenden oder häufiger aufgedeckten Fälle von Missbrauch in der Psychiatrie liefern.

9. Psychoedukation und therapeutisches Milieu

Psychoedukative und psychoinformativ Verfahren erfreuen sich innerhalb des therapeutischen Spektrums der Psychiatrie seit einiger Zeit hoher Wertschätzung. Es handelt sich dabei um relativ strukturierte Trainings- und Aufklärungsprogramme für Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörige. Demgegenüber sind klassische, breit gefächerte sozialpsychiatrische und milieutheraeutische Ansätze in den Hintergrund getreten. Es besteht Anlass zu der Vermutung, dass der Grund dafür auch darin besteht, dass Psychoedukation mit Hilfe des klassischen Ansatzes der kontrollierten klinischen Studie messbar ist, - was für komplexe milieutheraeutische Verfahren nicht zutrifft. Es gibt gut Gründe, Methoden zu entwickeln, die einen Vergleich zwischen diesen beiden Ansätzen möglich machen.

10. Zwang und Gewalt

Zwang und Gewalt unterscheiden die Psychiatrie in der Selbst- und Fremdwahrnehmen von allen anderen medizinischen Disziplinen. Das ist gewiss nur teilweise richtig. Aber die Psychiatrie ist die einzige medizinische Disziplin, die Kranke unter bestimmten Voraussetzungen auch gegen ihren Willen zu behandeln hat. Die Psychiatrie ist eine Disziplin, in der Kranke zugeführt werden, weil sie in der Öffentlichkeit auffällig geworden sind, weil sie unter Umständen gewalttätig geworden sind. Sie werden ebenfalls unter bestimmten Voraussetzungen auf geschlossenen Abteilungen behandelt und Zwangsmassnahmen im Rahmen der Therapie ausgesetzt. Dieses Feld ist von der Soziologie der sechziger und siebziger Jahre überwiegend unter psychiatriekritischen Aspekten ausgelotet worden. Diese Sichtweise hat ohne Zweifel ihre Berechtigung. Für den psychiatrischen Alltag ist Klärung allerdings hilfreicher als Kritik. Zumindest sollte der Versuch der Klärung der Kritik vorausgehen (vgl. Finzen u. a. 1993)...

11. Psychiatrische Diagnose im Zeichen von ICD-10 und DSM-IV

Die neuen Klassifikationssysteme psychischer Störungen haben nicht nur auf den Begriff der Krankheit verzichtet. Sie verstehen sich als deskriptiv. Sie beschreiben Symptome. Wenn eine bestimmte Anzahl bestimmter Symptome über eine bestimmte Zeit andauert, ist es nach diesen Systemen gerechtfertigt, die jeweilige Klassifikation mit einer Diagnose vorzunehmen. Beide Systeme verzichten ausdrücklich auf eine Klassifikation aufgrund der angenommenen und nachgewiesenen Ursachen und setzen sich damit in Gegensatz zu ihren Vorgängern. Beide Systeme haben sich im Bereich der Forschung durchgesetzt. Im Bereich der klinischen Klassifikation werden sie weiterhin verwendet – als Leistungsnachweis oder um Forschung zu ermöglichen. Es spricht jedoch einiges dafür, dass diese Systeme nur die dünne Oberfläche der tatsächlichen psychiatrischen Vorstellungswelt darstellen. Der britische Psychiater Jim Birley (1990) hat in diesem Zusammenhang von einem „essentialistischen Wolf im nominalistischen

Schafspelz“ gesprochen. Ganz ohne Zweifel sind die Klassifikationssysteme Macht und Herrschaftsinstrumente innerhalb der Fachdisziplin. Das gilt unbeschadet der Tatsache, dass psychiatrische Etikettierung immer auch ein Instrument sozialer Kontrolle und sozialer Selektion gewesen ist. Sie dient der Kategorisierung abweichenden Verhaltens und stellt beispielsweise die Weichen, ob ein Lebenslauf sich unter den Vorzeichen der Justiz oder jenen der Psychiatrie weiterentwickelt. Die soziale und gesellschaftsrelevante Seite wird sichtbar, wenn bestimmte Verhaltensreformen aus dem Repertoire psychiatrischer Diagnostik herausgenommen werden – wie etwa die Homosexualität – und bestimmte andere wie vielfältige Formen des sozialen Verhaltens Eingang in den Diagnosenkatalog finden. Die Labeling-Theorie in der Soziologie ist etwas aus der Mode gekommen. Es spricht einiges dafür, dass es sich lohnt, den Diskurs um die Qualität und die Folgen der Etikettierung wieder aufleben zu lassen.

12. Klinische Forschung

Die klinische Forschung in der gesamten Medizin, besonders aber in der Psychiatrie ist ein dankbarer Gegenstand für wissenschaftssoziologische Ansätze. Was wird erforscht, welche Methoden werden eingesetzt und warum? Welchen wissenschaftsgeschichtlichen Hintergrund haben die methodologischen Ansätze? Erfassen sie in einer Disziplin, in der im wesentlichen Verhalten und Veränderung von Verhalten mit Instrumenten gemessen und quantifiziert wird, die eine außerordentlich weiche Grundlage haben, wirklich das, was sie zu erforschen vorgeben? Ist das Modell der kontrollierten klinischen Untersuchung über die Arzneimittelprüfung hinaus in der Psychiatrie überhaupt ein taugliches Instrument?

13. Lebenswelten der Betroffenen

Ein weiteres Forschungsfeld sind die Lebenswelten der Betroffenen und der mitbetroffenen Angehörigen. Wir wissen nur wenig über deren Leben jenseits der Medizin, auch nicht über ihre Vorstellungen von Krankheit und Behandlung. Es gehört nicht viel Phantasie dazu, wahrzunehmen, dass dort viele Weichen für den Verlauf gestellt werden, ohne dass wir je darüber erfahren.

14. Die Psychiatrie, die Medien und die öffentliche Meinung; Stigmaforschung und Stigmamanagement

Die Stigmatisierung von psychisch Kranken und psychischer Krankheit wird für viele Betroffene und deren Angehörige zur zweiten Krankheit. Eines der bedrückendsten und beunruhigendsten Merkmale der Stigmatisierung ist die Tatsache, dass die von der Krankheit Betroffenen die Vorurteile der Öffentlichkeit teilen. Dies ist auch zu erwarten, weil sie zumindest bis zum Zeitpunkt der Erkrankung Teile dieser Öffentlichkeit sind. Um die Stigmatisierung zu bewältigen, um ein „Stigmamanagement“ (Goffman) zu ermöglichen, ist es notwendig, die Entstehung von Vorurteilen, urteilen und Meinungen und von Stigmatisierung zu erforschen. In einem zweiten Schritt wird es dann möglich sein, Hilfen zum Stigmanagement zu entwickeln. Dabei ist die Erforschung der Rolle der modernen Massenmedien von

besonderer Bedeutung. Es besteht Anlass zur Vermutung, dass sie neben der Medizin eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von sozialen Repräsentationen von Krankheit und Gesundheit übernommen haben (Shorter 1994).

15. Nur Beispiele

Der Themenkatalog möglicher soziologischer Fragestellungen in der Psychiatrie ist beliebig erweiterbar. Die Beispiele, die ich angeführt habe, dienen der Illustration, auch der Illustration der Tatsache, dass sich vielfältige sozialwissenschaftliche Fragestellungen hinter scheinbaren klinischen und medizinischen Problemen verbergen.

Der soziologische Zugang zur Psychiatrie

Das Problem der Soziologie in der Psychiatrie besteht nicht vorrangig im Mangel an bearbeitenswerten Fragestellungen, sondern im Zugang der Soziologie zur Psychiatrie. Anders als Psychologen, die als Diagnostiker und Therapeuten zu einem zeitgemäßen psychiatrischen Team gehören, werden Soziologen nur dann hinzugezogen, wenn ausdrücklich Forschung mit sozialwissenschaftliche Fragestellung und Methodik erwünscht ist. Das ist auch wegen des oben angeführten Goffman-Rosenhan-Scheff-Schocks nach wie vor eher selten; und wenn sie erwünscht ist fehlt es in der Regel an Geld. Nach wie vor gilt., was George Brown 1980 in einem Aufsatz über Soziologie und Psychiatrie ausgeführt hat:

„Es ist oft völlig unmöglich, für sozialwissenschaftliche Untersuchungen (in der Psychiatrie) Unterstützung zu gewinnen, wenn die Anträge von interdisziplinären Kommissionen beurteilt werden, wie das bei psychiatrischer Forschung häufig der Fall ist. Selbst wenn ein Soziologie Interesse zeigt, kann es gut passieren, dass er zurückgewiesen wird.“

Schwierige Verständigung

Er fügt hinzu, dass auch die Soziologen nicht selten Schwierigkeiten mit Fragenstellungen haben, die den Psychiatern wichtig sind. Nicht selten erachten sei sie – nachsichtig oder verächtlich – als positivistisch. Es gibt einige Grundvoraussetzungen, über die sich beide verständigen müssen, bevor eine fruchtbare Zusammenarbeit möglich ist; und die Voraussetzungen sind unterschiedlich, je nachdem, ob es um Soziologie der Psychiatrie geht oder um eine medizinisch orientierte Soziologie in der Psychiatrie. Bei erstere sind Fragestellung und Methodik darauf ausgerichtet, die Psychiatrie zu beschreiben, zu erklären und zu verstehen und gegebenenfalls kritisch zu analysieren. Bei letzterer geht es darum, der handlungsorientierten Psychiatrie Hilfen für ihr unabdingbares Handeln zu vermitteln. So ist es ein Unterschied, ob die Soziologie die psychiatrische Diagnose zum Gegenstand ihrer Forschung macht oder ob sie sie als Ausgangspunkt für weitere Forschungen mehr oder weniger unhinterfragt anerkennt (Brown 1980).

Die Medizin ist autark

Allerdings besteht Grund zu der Annahme, dass die größten Hindernisse für eine Zusammenarbeit von Psychiatern und Soziologen auf der Seite der Medizin zu suchen und zu finden sind: In dem Eingeständnis, dass es zur Realisierung bestimmter Untersuchungsansätze überhaupt einer eigenständigen, sozialwissenschaftlichen Methodik bedarf. Auf psychiatrischer Seite besteht die Neigung zu einem Selbstverständnis methodologischer Autarkie. Viele Wissenschaftler im Bereich der klinischen Psychiatrie sehen keinen Grund, warum sie nicht alles selber können sollen. Das hat möglicherweise mit der Geschichte der Psychiatrie als Wissenschaft zu tun, was nicht naturwissenschaftliche Grundlagenforschung ist.

Lange Zeit war psychiatrische Forschung deskriptiv und biographisch orientiert. Fast alle veröffentlichten Habilitationsschriften der fünfziger und frühen sechziger Jahre nutzten diese methodischen Ansätze. Die methodologisch aufwendigeren unter ihnen verwandte halbstrukturierte oder restrukturierte Interviews und halboffene oder – eher selten geschlossene – Fragebögen. Sie werteten Krankengeschichten unter

psychopathologischen wie unter biographischen Gesichtspunkten aus. Sie beobachteten ihre Patientinnen und Patienten. Das Qualitative überwog in diesem Typ der Forschung. Es wurde weniger gemessen und gezählt als interpretiert und gedeutet. Diese Form der Wissenschaftler geriet während der sechziger Jahre in Bedrängnis. Schließlich galt sie als unwissenschaftlich. Mit dem Beginn der Wirksamkeitsprüfung der neuen Psychopharmaka und anderer „einfacher“ Therapieverfahren wurde sie durch die kontrollierte klinische Studie und anderen quantitative Ansätze verdrängt.

Die Erforschung von milieuthérapeutischen Ansätzen, der therapeutischen Gemeinschaft und rehabilitativen Verfahren verlangte eine komplexere Vorgehensweise, die mit sozialwissenschaftlich Dilettanten nicht zu bewältigen war. Das führte im deutschen Sprachraum allerdings nicht zur Einbeziehung von Sozialwissenschaftlern, sondern zur Frustration und schließlich zum Ende solcher Forschungsansätze.

Der Versuch der Skalierung solcher komplexer Zusammenhänge durch Rudolf Moos Ende der sechziger Jahre mit seiner Ward-Atmosphere-Scale stellt eine Ausnahme dar, der im Übrigen auch eine breite Anwendung versagt blieb. Es entsteht der Eindruck, dass sozialwissenschaftliche Forschung in der Psychiatrie zumindest im deutschen Sprachraum zunehmend unterlassen wurde, weil sie zu komplex und zu aufwendig war. Weil sie mit verfügbarem medizinischen Methodenwissen nicht zu bewältigen war, weil man sich scheute, Sozialwissenschaftler einzubeziehen – und weil man sie nicht bezahlen konnte oder wollte.

Die Ära der Skalen

Dazu passt die Renaissance einfacher sozialwissenschaftlicher oder pseudo-sozialwissenschaftlicher Forschungsansätze mit dem Fortschreiten des Zeitalters der Skalierung in der Psychiatrie. Dieses wurde im deutschen Sprachraum vor allem von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie vorangetrieben. Es ist aber seit den sechziger Jahren eine weltweite Erscheinung. Ein Beispiel dafür ist die Sammlung „Internationaler Skalen für Psychiatrie“, die 1977

zuerst veröffentlicht wurde und deren zweite Auflage (1986) neben dem AMDP über dreißig verschiedene Skalen zur Psychopathologie zur Selbst- und Fremdbeurteilung von psychiatrischen Symptomen und von abweichendem Verhalten enthielt – angefangen bei dem „Anxiety-Status-Inventory“ bis zu den „Visuellen Analogskalen zur Erfassung von Schlafqualität.“

Das Wesen der Skalen scheint ihr geschlossener Charakter zu sein. Ohne Ausnahme werden sie durch Ankreuzen ausgefüllt und ausgezählt, so dass ein „Score“ am Ende das Ergebnis ist. Im DSI (Depressions-Status-Inventory) lautet die erste Frage: Sind sie manchmal traurig oder niedergeschlagen? Die möglichen Antworten von „nicht vorhandenen“ bis „Stark“ werden mit ein bis vier Punkten gewichtet. In der Erlanger Angst-Skala (EAS), „einer Selbstbeurteilungsskala“, lautet die erste Frage: „Ich bin im Augenblick zuversichtlich“, sich zwischen „sehr“, „ziemlich“, „ein wenig“ oder „gar nicht“ zu entscheiden.

Es ist evident, dass die Ergebnisse sowohl bei der Selbstbeurteilung wie bei der Fremdbeurteilung außerordentlich weich und variabel sein müssen. Die Umwandlung der geschlossenen Auskunft in Zahlen verdeckt das. Für den Interpreten werden die „Scores“ mit ihrem „Range“ zwischen einer Obergrenze und einer Untergrenze unversehens zu zuverlässigen harten Daten, die sich in den Computer einspeichern und rechnen lassen und am Abschluss in komplexe multivariante statische Analysen eingehen. Dazu Georg Brown in seinem bereits zitierten Aufsatz:

„Forschungsinstrumente vom Fragebogentyp sind oft außerordentlich ungenau, und deswegen sind sie für die weniger anspruchsvollen Erfordernisse deskriptiver Forschung ungeeignet. Wenn das akzeptiert wird, ist ein großer Teil übergreifender empirisch-soziologischer Forschung offen für ernste Kritik Unglücklicherweise ist es bislang nicht gelungen, dieses Problem zu bewältigen. Trügerische Patentmittel werden weiterhin angewandt von Soziologie und verwandten Disziplinen wie Psychologie und Psychiatrie. Das ist umso missverständlicher, weil es eine lange Tradition besserer Messverfahren gibt, von denen kaum die Rede ist.“

Anselm Strauss (1994) meint in seinen „Grundlagen qualitativer Sozialforschung“ zum gleichen Thema, es sei unverständlich, warum viele Forscher die Interpretation der von ihnen erhobenen Inhalte den befragten Laien überließen, in dem sie geschlossene Fragen stellten. Die erhobenen Daten könnten viel inhaltsreicher sein; wenn Fragen offen formuliert und die gewonnenen Inhalte von geschulten Wissenschaftlern interpretiert würden. Dies sei allerdings auch ungleich anwendiger.

Mangelndes methodisches Wissen

Tatsächlich sind es die soziologischen Methoden, ist es der sozialwissenschaftliche Blick, der in der Psychiatrie fehlt. Themen gibt es, wie oben gezeigt, genügend. Es besteht eher Anlass, davor zu warnen, sich von vornherein und allzu sehr auf jene Themen zu konzentrieren, deren soziale Perspektive ins Auge fällt. Ebenso wichtig ist es, jene Bereiche und Aspekte der Psychiatrie unter wissenschaftssoziologischen Gesichtspunkten zu durchdringen, die sich biologisch oder klinisch nennen. Auch sie diagnostizieren und behandeln Menschen, die subjektiv an Störungen des Erlebens und objektiv an Störungen des Verhaltens leiden. Auch sie wenden psychiatrisches, medizinisches und Common-Sense-Wissen im Rahmen eines kulturell geprägten Kommunikationsprozesses an. Sie tun das, wenn sie eine Diagnose stellen oder eine Behandlung durchführen, wenn sie Kranke aufklären, wenn sie versuchen, ihnen ihre Krankheit zu erklären sie zu überzeugen, die vorgeschlagene Behandlung zu akzeptieren und daran mitzuarbeiten. Ich meine damit, was ich an anderer Stelle ausführlich beschrieben habe. Dass Psychiatrie in der Anwendung immer Sozialpsychiatrie ist, dass die soziale Dimension in der interpersonellen Kommunikation, die Voraussetzung erfolgreicher Diagnostik und Therapie ist, ganz in den Vordergrund tritt.

Weg von der Ursachen-Orientierung

Bei der Lektüre meiner mehr oder weniger willkürlich zusammengestellten Liste aktueller Themen und Gegenstände möglicher sozialwissenschaftlicher Forschung in der Psychiatrie müsste auffallen, dass keines mit der Ätiologieforschung, mit der Klärung der Ursachen psychischer Krankheiten zu tun hat. Ich habe diesen Aspekt bewusst ausgeklammert.

Nach meiner Überzeugung hat die Ätiologie-Orientierung früherer soziologisch-sozialpsychiatrischer Forschung zu einer einseitigen Ausrichtung soziologischer Forschungstätigkeit in der Psychiatrie geführt. Sie hat – welche Überraschung – nicht die erhofften Ergebnisse gebracht. Sie hat bei konservativen Psychiatern, nach deren Meinung die Soziologie in der Medizin nichts zu suchen habe, Hämee ausgelöst. Sie hat zudem dazu beigetragen, dass wichtige Ergebnisse dieser Forschung, die sich nicht auf die Krankheitsursachen, sondern auf den Krankheitsverlauf, die Ausgestaltung und die Auswirkungen auf das Leben in der sozialen Umwelt bezogen, nicht wahrgenommen oder nicht ausreichend gewürdigt worden sind.

Das beginnt mit der großen Stadtuntersuchung von Faris und Dunham und setzt sich mit den Untersuchungen zu sozialer Schicht und psychischer Krankheit von Hollingshead und Redlich ebenso fort wie mit den Untersuchungen zur Labeling-Theorie, um nur einige Beispiele zu nennen:

Die Tatsache, dass sich Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in bestimmten Stadtteilen konzentrieren, ist von eminenter gesundheitspolitischer und versorgungsplanerischer Bedeutung – völlig unabhängig von der Frage, ob diese Konzentration ursächlich auf Stress oder „symptomatisch“ auf Drift zurückzuführen ist. Hollingsheads und Redlichs Ergebnisse, dass die Inzidenz schwerer psychischer Störungen, insbesondere der Schizophrenie, in den unteren sozialen Schichten leicht höher, die Prävalenz aber drastisch höher liegt als in den Mittel- und Oberschichten, ist unabhängig von der Frage relevant, ob die Lebensbedingungen in der Unterschicht psychisch krankmachen, ob sie hohe Prävalenz auf sozialen Abstieg infolge der Krankheit zurückzuführen ist, oder ob die Lebensbedingungen der Unterschicht die Chronifizierung begünstigen.

Als die Befunde zu Beginn der amerikanischen Psychiatriereform erhoben wurden, waren sie ein überzeugendes Argument für die Entwicklung spezieller Teams, die sich genau diesen benachteiligten Patientengruppen widmen sollten.

Die Befunde von Scheff und anderen über die Folgen der Etikettierung blieben auch dann noch wichtig, wenn man die Behauptung der Labeling-Theoretiker nicht akzeptierte, dass die Etikettierung erst die psychische Krankheit macht. Dass die Etikettierung als psychisch krank den Beginn einer oft langwierigen Krankheitskarriere symbolisiert und dass die Etikettierung fast regelmäßig schwerwiegende soziale Folgen hat, - wie Verlust der Freunde und der Bezugsgruppe, Verlust des Arbeitsplatzes, Ausgrenzung, Vereinsamung, vor allem aber Stigmatisierung – alles das hat die Labeling-Theorie beschrieben und uns verstehen gelehrt. Diese sekundären Folgen können gleichsam zur zweiten Krankheit werden. Auf jeden Fall aber sind sie Anlass für diagnostisches, therapeutisches und rehabilitatives Handeln. So sind bei allen Bemühungen um soziale Reintegration in Rechnung zu stellen und zu berücksichtigen.

Dass die Internierung in psychiatrischen Krankenhäusern krank machen, dass sie zu Institutionalismus, Hospitalisierungsschäden, zu „Anstaltsneurosen“ – alles Begriffe, die das gleiche Syndrom benennen – führen kann, ist unbestritten. Die Untersuchungen von Stanton und Schwartz, von Caudill, Goffman, Wing und Brown und vielen anderen haben das nachgewiesen. Sie haben uns gezeigt, wie solche Schäden zustande kommen. Einzelne haben auch Vorschläge zu ihrer Überwindung gemacht – am eindringlichsten etwa Russel Barton (1959, 1974).

Diese wichtigen Befunde drohten zeitweise in der polemischen Auseinandersetzung darüber unterzugehen, ob diese Schäden eine sekundäre Folge der unangemessenen Behandlung der Krankheit seien, oder ob die chronische Schizophrenie, wie die antipsychiatrische Bewegung vehement, aber auch einige Sozialpsychiater wie beispielsweise Luc Ciompi mit Nachdruck, geltend machten, generell ein Artefakt sei, das nur durch die langzeitige Hospitalisierung unter ungünstigen Bedingungen entstehe. Aber das ändert nichts an der Realität dieser Schäden.

Symptome kurieren, Krankheiten bewältigen

Alles dies sind Beispiele für die Vernachlässigung von wichtigen Befunden durch Fixierung auf allzu anspruchsvolle Hypothesen und allzu weitreichend Forschungsziele. Das ist keine Besonderheit der Psychiatrie. Die gesamte Medizin ist ursachenorientiert. Sie will kausal heile. Sie hat die Vorstellung, wenn die Ursache geklärt sei, sei es nur noch eine Frage der Zeit, bis eine angemessene ursächliche Therapie entwickelt ist. Diese Vorstellung aber ist weit von der Wirklichkeit der Medizin entfernt. Sie stammt aus den Zeiten der Erfolge der Bakteriologie und der Virologie und der anschließenden Entwicklung von Antibiotika und anderer chemotherapeutischen Substanzen. Möglicherweise hat sie auch Wurzeln in der Chirurgie, wie es bei einigen wenigen Krankheiten möglich ist, Entzündungsherde zu entfernen – wie etwa bei der Appendizitis oder der entzündeten Gallenblase. Aber auch das sind Ausnahmen.

In Wirklichkeit ist der größte Teil der Medizin trotz ihres gigantomanen diagnostischen Aufwandes in der Therapie symptomatisch – allenfalls, wie beim Diabetes und anderen hormonalen Störungen, substitutiv. Das Herumkurieren an den Symptomen chronisch rezidivierender Störungen aber hat ein weit geringeres Ansehen als die kurative Maßnahme, die Behandlung, die das Übel bei der Wurzel packt und ihre Ursachen beseitigt. Thomas Schlich (1996) beschreibt dieses Dilemma der modernen Medizin in einem lesenswerten Essay über „Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache“. Er sieht seine Wurzel in den großen Erfolgen von Epidemiologie und Chirurgie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Bis dahin habe das Interesse der Medizin neben den „notwendigen“ Ursachen von Krankheiten, über die man bis dahin wenig gewusst habe, auch den begünstigenden Umständen gegolten. Virchow sei herausragender Vertreter dieser Haltung gewesen. Er habe sich für nicht notwendige Ursachen von Krankheiten interessiert, vor allem für die sozialen Missstände, gegen die er gekämpft habe. Diese Sichtweise änderte sich im Zeichen der überwältigenden Erfolge der damaligen Medizin zugunsten einer Fixierung auf die „notwendige und hinreichende“ Krankheitsursache. So schrieb Robert Koch 1882:

„Bisher war man gewöhnt, die Tuberkulose als den Ausdruck des sozialen Elends zu sehen, und hoffte von dessen Besserung auch die Abnahme dieser Krankheit.“

Künftig werde dieser „Kampf mit einem unbestimmten Etwas“ überflüssig sein, da man es ja „mit einem fassbaren Parasiten zu tun haben“ (Koch 1882, Zit. n. Schlich 1996) Kochs Schüler Emil von Behring ging von weiter. Virchows

„Soziale Sichtweise von Krankheit sei unwissenschaftlich, Virchow denke nicht in medizinischen und ärztlichen Kategorien, sonder in sozialen und sozialpolitischen.“ (Schlich 1996).

Diese Fixierung auf die „hinreichende und notwendige“ Krankheitsursache bei gleichzeitiger Vernachlässigung der ergänzenden Bedingungen in der Lebenswelt der Kranke beherrscht die Medizin bis heute. Das gilt für ihr Selbstbild wie für ihre Fremdwahrnehmung, obwohl nur geringes Nachdenken erforderlich ist, um sie als illusorisch zu erkennen. Man muss sich in der modernen Medizin nicht lange umsehen, um zu erkennen, dass wir uns von der Utopie, das Krankheitsübel an den Wurzeln zu packen, in den letzten Jahrzehnten eher weiter entfernt haben, als dass wir ihr nähergekommen wären. Mit zunehmender Lebenserwartung sind wir mit immer häufigeren chronisch rezidivierenden System- und Verschleißerkrankungen konfrontiert – Zivilisationskrankheiten werden sie häufig genannt -. Diese nehmen im höheren Lebensalter drastisch zu. Mit anderen Worten: Medizinische Forschung, unabhängig davon, ob sie erkenntnisorientiert oder handlungsorientiert ist, hat sich mit Fragen des langzeitigen chronisch rezidivierenden Krankheitsverlaufs und seiner Bewältigung auseinanderzusetzen, mit Krankheitsmanagement, wie das heute heißt, mit all jenen sozialen, wirtschaftlichen, ökologischen Faktoren, die auf diesen Verlauf günstig oder ungünstig einwirken, mit der psychologischen Verarbeitung, mit Fragen des Krankheitsverhaltens und des Hilfesuchverhaltens, mit subjektiven Krankheitstheorien, mit Problemen der Verständigung zwischen Laien – und Expertensystem, mit Fragen der Stigmatisierung und mit der Abstimmung von Behandlungszeilen von Betroffenen, Experten und sozialer Umgebung: Es kann gut sein, dass diese einander genauso widersprechen wie die Krankheitstheorien.

George Brown nimmt in seinem Aufsatz über Soziologie und Psychiatrie auch dazu Stellung. Er warnt davor, durch die Konzentration auf die „notwendige Bedingung, die größeren strukturellen Zusammenhänge zu übersehen“. Er meint, selbst wenn wir mehr über die ursächlichen Faktoren in Erfahrung brächten, seien unsere Möglichkeiten, auf sie einzuwirken eher gering. Mit einiger Wahrscheinlichkeit würden wir daran allenfalls mit unzulänglichen Behandlungsverfahren und sozialen Maßnahmen zweifelhafter Relevanz daran herumkurieren. bestehe eine gewisse Gefahr, dass sozialwissenschaftliche Fragestellungen, die sich allzu eng an der Sichtweise der Naturwissenschaften orientieren, essentielle Befunde ausblendeten, so dass die Forschung einen dehumanisierenden Charakter annehmen könne. Solche Ängste hätte die kritischen Sozialwissenschaften der sechziger Jahre weiterhin geprägt. Sie hätten zur Betonung der subjektiven Erfahrung in der Forschung und als Forschungsgegenstand beigetragen. Mit dieser Entwicklung sei neben der Betonung der Notwendigkeit, die Dinge zu verstehen (im Weberschen Sinne) auch ein tiefgreifendes Unbehagen gegenüber den Grundlagen ätiologieorientierter sozialwissenschaftlicher (und psychiatrischer) Forschung verbunden gewesen. Brown zitiert in diesem Zusammenhang Matze (1996), der in seinem Buch „Becoming Deviant“ u. a. ausführt:

„Die üblichen analytischen Methoden minimisierten die Möglichkeiten des Menschen, selbst Dinge zu veranlassen und in Bewegung zu bringen. Sie übersehen seine Aktivität, sein Bedürfnis, über seine Lebensbedingungen und über sich selber nachzudenken, und seine unablässigen Kämpfe, die widrigen Umstände, die ihn angeblich formen und einengen, zu überwinden und ihnen nicht zum Opfer zu fallen.“

Auf diesem Hintergrund, so Brown, entwickelte sich eine verstärkte Aufmerksamkeit gegenüber der politischen Naivität, ja der Verantwortungslosigkeit eines beträchtlichen Teils der gängigen Sozialforschung. Zugleich wurde ein zunehmender Einfluss marxistischer und neomarxistischer Traditionen sichtbar, ein Einfluss, der wenn sonst nichts anderes, gelegentlich einen willkommenen Hauch von Realismus gegenüber unseren häufig unrealistisch-optimistischen gesetzgeberischen Lösungen unserer Probleme mit sich gebracht hat.

Mit anderen Worten: Ätiologiezentrierte Forschung in den Sozialwissenschaften (und in den Naturwissenschaften) neigt dazu, den Anteil der Subjekts an der Entwicklung vor allem aber an der Ausgestaltung der Krankheit zu unterschätzen – etwa Eugen Bleulers, dass das Gesunde im Schizophrenen immer erhalten bleibe. George Brown meint zu dieser Entwicklung:

„bin ich der Überzeugung, dass der Einfluss dieser Bewegung sich günstig ausgewirkt hat, obwohl sie unvermeidlich mit vielen Albernheiten, Übertreibungen und Verwirrung einhergegangen ist. Eine Antwort der Soziologie auf diese Entwicklung bestand in vermehrten deskriptiven Studien, die zeigen, wie die Dinge aussehen. Eine andere bestand darin, dass die Soziologen unter die Leute gingen und anfangen, sich für deren Alltagsleben zu interessieren“:

Brown fährt fort:

„Es gibt vieles in der praktischen Psychiatrie, über das wir wenig wissen. Beschreibungen, wie sie etwa Goffman durchgeführt hat, werden dringend gebraucht, wenn die Psychiatrie eine realistische Einschätzung von sich selber gewinnen will. Solche Untersuchungen sind wichtig, um der Beschreibung selber willen, damit sie zeigen können, wie die Dinge wirklich sind, mit einigem Glück aber auch im Hinblick auf theoretische Ideen, die darauf abgeleitet werden könne. Goffmans brillante Arbeit bewerkstelligt beides. Aber solche Arbeit kann sich in den Fallstricken des Protokolls wissenschaftlicher Gremien untergehen. Und Anträge, sie zu unterstützen, werden häufig von Bewilligungskommissionen zurückgewiesen.“

Damit wären wir wieder beim Geld. Ich will diese Linie jedoch nicht weiterverfolgen, weil sie in unserem Zusammenhang zu nichts führt.

Obwohl Brown seinen Aufsatz bereits 1980 veröffentlicht hat, hat sich hinsichtlich der Beziehungen zwischen Soziologie und Psychiatrie seither nichts Entscheidendes geändert. Ein ebenso lesenswerter Diskurs über die Soziologie im Kontext der

Sozialpsychiatrie, den Brian Cooper anderthalb Jahrzehnte später (1994) zum gleichen Thema veröffentlicht hat, unterstreicht das.

Bemerkungen

Ein Aspekt soll ganz zum Schluss noch angerissen werden. Als soziologische geschulter Psychiater, der gelegentlich nicht so ganz genau weiß, wo er sich einordnen soll, drängt sich mir in den letzten Jahren zunehmend der Eindruck auf, dass die Soziologie, ähnlich wie die Rechtswissenschaft, einen Bogen um die Kernprobleme von Psychiatrie, psychischer Krankheit und psychopathologischer Kommunikation macht. Von der Rechtswissenschaft ist bekannt, dass das Recht, das zivile wie das Strafrecht, im Prinzip für psychisch Gesunde geschaffen wurde.

Für Menschen, die nicht urteilsfähig sind, denen wegen ihrer Krankheit nicht zuzumuten ist, so zu handeln wie alle anderen – sei es, weil sie es nicht verstehen oder sei es, weil sie es wegen ihrer Krankheit nicht können – gibt es Ausnahmeparagraphen, aber keine eigenes Recht. Für die Rechtswissenschaften und für die Gesetzgebung mag dies angehen, obwohl auch das nicht ohne Probleme ist. Im Hinblick auf die Soziologie ist das anders. Die Zuständigkeit der Soziologie endet nicht hinter der Doppeltür des Psychotherapeuten, des Psychoanalytikers, des Psychiaters, des allgemeinmedizinisch tätigen Arztes. Was hier an direkter Interaktion läuft, an wirklichem Leben, an Rollenspiel, an Modulation, ist nicht nur von eminentem Erkenntnisinteresse. Es ist auch von großem Handlungsinteresse für die Psychiatrie. Das gleiche gilt für die Kommunikation von psychisch gestörten Menschen untereinander, für die Kommunikation psychisch gestörter Menschen mit Vertretern ihrer gesunden Umwelt, sei es auf der Krankenhausabteilung, in der Ambulanz mit ihren Angehörigen oder in der Welt, in der sie leben. Menschen, deren Kommunikationsmöglichkeiten durch psychische Krankheit gestört sind, kommunizieren nicht. Sie tun es in der einen oder anderen Weise; und es wäre wichtig, zu wissen, wie sie es tun. Ich meine, es wäre auch außerordentlich interessant.

Literatur

Angermeyer, M.C.: Einstellung der Bevölkerung zu Psychopharmaka. In: Naber, D., Müller-Spahn, F.: Clozapin. Pharmakologie eines atypischen Neuroleptikums. Berlin, New York Heidelberg: Springer Verlag 1994, 113-123

Angermeyer, M. C.: Was die Allgemeinbevölkerung unter Schizophrenie versteht. Mündliche Mitteilung 1997

Angermeyer, M.C., H. Kluge S. Riedel-Heller, Ch. Roick: Sozialpsychiatrie ohne Soziologie. Psychiat. Prax. 31 (2004) 420-424

Barton, R.: Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. Ursachen, Behandlung, Prävention. In: Finzen, A. (Hrsg.): Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. Serie Piper 82. München: Piper Verlag 1974, 11-79. Englisch: Institutional Neurosis. Bristol: John Wright 1966.

Becker, H. S.: Aussenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, Reihe „Conditio humana“ 1973

Bell, N.W., J.P. Spiegel: Social Psychiatry. Vagaries of a Term. Arch. Gen. Psychiat. 14 (1966) 337-345

Birley, J. L. T.: DSM III: from left to right or from right to left? British Journal Of Psychiatry 157 (1990) 116-118

Bleuler, E.: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. 1919. 5. Auflage. Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer Verlag 1962

Brown, G.: Sociology and Psychiatry. In: M. Lader (ed.): Priorities in psychiatry Research. New York: Willey 1980, 17-37

Brown, G. W., Bone, M., Dalison, B., Wing, J. K. : Schizophrenia and Social Care. Maudsley Monography No. 17, London: Oxford University Press 1966

Ciompi, L.: Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 48 (1980) 237-248

Collegium Internationale Psychiatriae scalarum: Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz Verlag 1986

Cooper, B.: Sociology in the context of social psychiatry. Acta Psychiatr. Scand. 90 (1994) 39-47

Cumming, J. , Cumming, E. : Ego& Milieu. Theory and Practice of Environmental Therapy. London: Tavistock 1964. Deutsch: Ich und Milieu. Theorie und Praxis der Milieuthérapie. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie 1979

Dunham, N.W.: The Field of Social psychiatry 1937. Reprinted in Rose, A.M. (ed.): Mental Health and mental Disorder. New York: W. W. Norton & Co., inc., 1955, 61-86

Eales, M. J.: Sociology and Social Psychiatry. In : Bhugra, D., Leff, J. (ed.): Principles of Social Psychiatry. Oxford, London, Edinburgh: Blackwell Scientific Publications 1993, 12-24

Eisenberg, L.: The social construction of mental illness. Psychological Medicine 3 18 (1989) 1-19

Estroff, S. E.: Making it Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community. Berkeley: University of California Press 1981

Faris, R. E. L. Dunham, H.W. : Mental Disorders in Urban Areas. An ecological Study of schizophrenia and other psychoses. Chicago and London: The University of Chicago Press 1939. Second Impression 1967

Fengler, Ch., Fengler, Th.: Alltag in der Anstalt. Bonn: Psychiatrie Verlag 1980

Finzen, A.: Perspektiven der Sozialpsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 23 (1993) 2-5

Finzen, A.: Wie in einem Spiegel. Soziale Repräsentationen der Psychiatrie. In: A. Finzen: Das Pinelsche Pendel. Die Dimension des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie 100-120. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag 1998

Finzen, A.: Soziologie und Psychiatrie. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 28 (1999): 62-79

Finzen, A., Hoffmann-Richter, U. (Hrsg.): Was ist Sozialpsychiatrie? Bonn: Psychiatrie Verlag 1995

Fischer, M.: Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 1919, 529-548

Flick, U. (Hrsg.) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Roland Assanger Verlag 1991

Floeth, Th.: Ein bisschen Chaos muss sein. Die psychiatrische Akutstation als soziales Milieu. Bonn: Psychiatrie Verlag 1991

Folsom, J. K.: The Sources and Methods of Social Psychiatry. In: Bernard, L. L. (ed): The Field and Methods of Sociology. New-York: Long and Smith, Inc., 1934

Garfinkel, H. : Studies in Ethnomethodology. Cambridge: Polity Press 1994. First Edition: Prentice Hall 1967

Gerhardt, U.: Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Frankfurt am Main; Suhrkamp 1991

Goffman; E.: The Presentation of Self in Everyday Life. New York: Doubleday Anchor 1959. Deutsche: wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München: Piper Verlag 1969

Goffman, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassene. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag 1972. Englisch: Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New Your: Anchor Books 1961

Gruyters, Th.; Ropers, G., Vogel, R.: Sozialpsychiatrische Forschung in Deutschland. Der „Initiativkreis Forschung in der DGSP stellt sich vor. Soziale Psychiatrie 2 (1996) 44-45

Häfner, H., Reimann, H., Immich, H., Martini, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. Sozialpsychiatrie 4 (1969) 126

Herzlich, C.: Soziale Repräsentation von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick, U. (Hg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger 1991-. Englisch: Health and Illness. A social psychological analysis. London : Academic Press 1968

Hettlage, R. K., Lenz (Hrsg.): Erving Goffman – ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation. Bern, Stuttgart: Haupt Verlag 1991

Hildenbrand, B. Familiäre Organisation, alltagsweltliche Orientierung und psychische Krankheit. Eine methodenexplorative Fallstudie. (Diss.) Konstanz 1978. Veröffentlichte Version 1973

Hollingshead, A. B., Redlich, F.C. : Social Class and Mental Illness. New York: Wiley 1985

Ilberg, G.: Soziale Psychiatrie. Monatsschrift für soziale Medizin. Band I (1904) 312-398

Jodelet, D.: Folies et Représentations sociales. Paris. Presse Universitaire Français 1989

Lewis, A. J.: Health as a social concept. British Journal of Sociology 4 (1953) 109-124

Matza, D.: Becoming Deviant New Jersey: Prentice-Hall 1969

McHugh, P.R.: Witches, Multiple Personalities, and other Psyciatric Artefacts. Nature Medicine 2 (1995), 110-114

Mechanic, D: Students Under Stress. New York: Free Press 1962

Mechanic, D.: Medical Sociology. A Selective View. New York: Free Press 1968

Mechanic, D.: Mental Health and Social Policy. 1. Auflage 1969. Englewood Cliffs: Prentice Hall 1989

Mechanic, D.: Editorial. The contribution of sociology to psychiatry. Psychological Medicine 3 (1973) 1-4

Mechanic, D.: Some Relationships between Psychiatry and the Social Science. British Journal of Psychiatry 149 (1986) 548-553

Mechanic, D., Volkart, E. H.: Stress, Illness Behavior and the Sick Role. Amer. Sociol. Rev. 26 (1961) 51-58

Moscovici, S.: la psychanalyse, son image et son public. Paris : Presses Universitaires de France 1961

Parsons, T. : The Social System. Glencoe: Free Press 1951

Parsons, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: König, R., Tönnemann, M. (Hrsg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 2, 2. Auflage. Köln, Opladen: Westdeutscher Verlag 1961, 10-57. Englisch: Social Structure and Dynamic Process. The Case of Modern Medical Practice. Glencoe: The Free Press 1951

Parsons, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich, A.; Brocher, T., von Mering, O., Horn, K. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch 1967, 57-87

Peters, U.H., Rüdin, E.: Ein Schweizer Psychiater als Führer der Nazipsychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 6 (1996) 327-343

Pflanz, M.: Sociology in Community Medicine: In: Acheson, R. M., Aird, L. (Hrsg.) Seminars in Community Medicine Vol. 1: Sociology. London: Oxford University Press 1976, 3-14

Redlich, F. C. (Ed.): Social Psychiatry. Proceedings. New York, N.Y. Baltimore: The Williams & Wilkins Company 1969

Richter, D.: Psychisches System und Soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2003

Riemann, G.: Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München. Wilhelm Fink Verlag 1987

Rössler, W. (Hrsg.): Psychiatrie und Public Health Sonderheft Das Gesundheitswesen 58 (1996) 1-6

Rosenhan, D. L.: Gesund in kranken Institutionen. In: Sommer, G., Ernst, H. (Hrsg.) Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt. Fortschritte der Klinischen Psychologie 11. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1977, 11-13. Englisch: On being sane in insane places. Science 172 (1973) 250-258

Scheff, T. J.: Das Etikette "Geisteskrankheit". Soziale Interaktion und psychische Störung. Tübingen: S. Fischer Verlag 1973. Englisch: Being Mentally Ill. A Sociological Theory. Chicago: Aldine 1996

Schlich, Th.: Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache: Wie die Medizin Krankheit beherrschen will. In: Borck, C. (Hrsg.): Anatomien medizinischen Wissens. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag GmbH 1996, 201-229

Shepherd, M. (ed.): Psychological Medicine. Vol.3 London, British Medical Association 1973

Shorter, E.: Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag 1994

Sommer, R.: Psychiatrie und Soziologie. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Band V., Heft 4 (1910) 377-379

Southard, E. E.: Mental Hygiene and Social Work: Notes on a Course in Socialpsychiatry for Social Workers. Ment. Hyg.2 (1918) 388-406

Strauss, A. L.: Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag 1968. Englisch: Mirrors and Masks. The Search for identity. New York: The Free Press 1959

Strauss, A. L.: Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlich, D., Sabshin, M. (ed.) Psychiatric Ideologies and Institutions. London: Macmillan 1964

Suchman, E.A.. Social Stress and Cardiovascular Disease: Appraisal and Implications or Theoretical Development. Milbank Memorial Fund Quarterly 45 (1967) 109-113

Stanton, A. Schwartz, M.: The Mental Hospital. New York: Basic Books 1954

Wing, J.K. Brown, G. W.: Institutionalism and Schizophrenia. A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968. Cambridge: University Press 1970

II Krankenrolle und Rollenverhalten bei psychischen Störungen

Vorbemerkung

Um den Begriff der sozialen Rolle ist es auch in der Soziologie still geworden. Während Rollentheorie und Rollendiskussion in den fünfziger und sechziger Jahren einen breiten Raum einnahmen und mannigfache Kontroversen auslösten, sind die Auseinandersetzungen um den Begriff seit den späten siebziger Jahren mehr oder weniger verstummt. Die Rolle gehört seither zum »selbstverständlichen Begriffsinventar der Soziologie. Nur wenige soziologische Begriffe sind so weit gehend akzeptiert worden wieder rollen betraf - allerdings sind auch nur wenige Begriffe so unscharf und vieldeutig geblieben« (Dreitzel 1972).

Trotz dieser Unschärfe fehlt es natürlich nicht an Definitionsversuchen. Der bekannteste stammt von Ralf Dahrendorf (1958), der die rollen Diskussionen mit seinem Homo Sociologicus« in den deutschen Sprachraum getragen hat. Danach versteht man unter der sozialen Rolle »ein Bündel von Erwartungen, die sich in einer gegebenen Gesellschaft an das Verhalten der Träger von Positionen knüpfen.... insofern ist jede einzelne Rolle ein Komplex oder eine Gruppe von Verhaltenserwartungen.«

Wer immer man ist, was immer man tut, die Menschen, mit denen man unmittelbar zu tun hat, und die Gesellschaft als ganze haben bestimmte Erwartungen an einen, Rollenerwartungen, die weniger von der Person als von ihrer sozialen Stellung - ihrer Position - abhängig sind. Und ihr soziales Verhalten ist entsprechend durch soziale Normen geregelt, deren Einhaltung durch soziale Kontrolle und, bei Abweichung, durch soziale Sanktionen mehr oder weniger erfolgreich erwirkt wird.

In der Psychiatrie hat die Rollendiskussion im Hinblick auf die Patienten auch in ihren Hochzeiten, in der Rolle gespielt. Vermutlich erschien das Verhalten der psychisch Kranken den meisten Soziologen als zu wenig fassbar, zu unberechenbar, um es einer Rollenanalyse zu unterwerfen. Allerdings gibt es zwei Ausnahmen, die uns im folgenden beschäftigen werden.

Talcott Parsons - damals Platzhirsch der amerikanischen Soziologie - veröffentlichte 1958 einen Aufsatz über die »Definitionen von Gesundheit und Krankheit im Lichte der amerikanischen Werte und der Sozialstruktur Amerikas« (deutsch 1964), in dem er auch auf die besondere Situation und die Rolle der psychisch Kranken einging. Ein Jahr zuvor hatte der damals sechszwanzigjährige Soziologe Kai Erikson, Sohn des Psychoanalytikers Erik H. Erikson, in der damals für das psychiatrische Nachdenken wichtigsten Zeitschrift »Psychiatry« eine Analyse der Rolle des psychiatrischen Patienten während der Behandlung mit dem Titel »Soziale Ungewissheit und seelische Krankheit - das Dilemma der psychisch Kranken« (deutsch 1972) vorgelegt. Es handelt sich dabei um die Ergebnisse von Beobachtungen und Reflexionen, die er während eines Praktikums in einem privaten psychiatrischen Krankenhaus gemacht hatte, und die auch aus der Distanz von einem halben Jahrhundert beklemmend aktuell erscheinen.

Im vorliegenden Text werde ich mich zunächst diesen beiden klassischen Arbeiten von Parsons und Erikson zuwenden, sie darstellen, analysieren und diskutieren, um anschließend ihre Relevanz für die gegenwärtige sichert rief zu prüfen. Es ist mein Ziel, an ihrem Beispiel herauszuarbeiten, wie wichtig die soziologische Sichtweise gerade auch für die biologisch geprägte moderne Psychiatrie ist. Danach wende ich mich dem Krankheitsverhalten und des Hilfesuchverhalten zu, wie David Mekanik es in zahlreichen Arbeiten dargestellt hat. Auch dabei handelt es sich letzten Endes um Rollenverhalten.

Talcott Parsons und die Soziologie der Medizin

Talcott Parsons (1902 – 1978), der grosse amerikanische Soziologie-Theoretiker, gilt zugleich als der „eigentliche“ Begründer der Medizinsoziologie. Er zog regelmässig Beispiele aus der Medizin heran, um seine Theorien zu erläutern und zu untermauern. Das hat mit seiner beruflichen Biographie zu tun. Ursprünglich wollte er Arzt werden; deshalb studierte er von 1920 bis 1924 Biologie, bevor er sich den Wirtschaftswissenschaften - und nach Studienaufenthalten in London und Heidelberg - der Soziologie zuwandte.

In Harvard, wo er ab 1927 lehrte, hielt er engen Kontakt zur Biologie und zur Anthropologie. Einer seiner Mentoren in jenen Jahren war der Arzt und Chemieprofessor E.J. Henderson, der 1935 im New England Journal of Medicine einen Aufsatz mit dem Titel „Arzt und Patient als soziales System“ veröffentlichte. Parsons bedankt sich bei ihm im Vorwort zu seinem ersten grossen theoretischen Werk über die „Struktur des sozialen Handelns“ (1937) für seine Anregungen. Seit Beginn der Vierzigerjahre befasst er sich intensiv mit den Schriften Freuds und der Psychoanalyse. Ab 1946 absolviert er (bei Grete Bibring) eine Analyse und erwirbt eine Qualifikation als Lehranalytiker. Allerdings darf er, weil kein Arzt, entsprechend den strengen amerikanischen Bräuchen nicht praktizieren.

Auf diesem Hintergrund entstehen in vier Jahrzehnten zahlreiche Beiträge zur Soziologie der Medizin und der Gesundheit, die sich vor allem mit der Rollenproblematik von Kranken und Ärzten und deren Handeln innerhalb ihrer Beziehungsgeflechte – ihrer sozialen Systeme – befassen. Dazu gehören Grundsatzbeiträge, wie die exemplarische Analyse von „Struktur und Funktion der modernen Medizin“ im zehnten Kapitel des Social System (1951) oder „Krankheit und die Rolle des Arztes“ (ebenfalls 1951), aber auch Gelegenheitsarbeiten, wie die für den psychiatrischen Diskurs wichtige „Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas“ (1958).

Uta Gehrhardt (1991) zeigt in ihrem Aufsatz über „Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktion der Medizinsoziologie Talcott Parsons“ wie nahe dieser der psychotherapeutischen Medizin steht:

„Seit den Dreissigerjahren, als Parsons erstmals eine Untersuchung über ärztliche Handlungsorientierungen durchführte, die allerdings unveröffentlicht blieb, bis hin zu seinem letzten Werk über ein medizinsoziologisches Thema (1978) setzt er den soziologisch relevanten Aspekt der klinischen Praxis mit dem gleich, was Freud die „psychoanalytische Kur“ nannte. Die Begründung liegt in der Auffassung, dass vor allem die psychische Fähigkeit zur Rollenreziprozität im Krankheitsfall – aus der soziologischen Perspektive betrachtet – gestört ist also die unbewusste Motivation zur Devianz behandelt und überwunden werden muss, wenn die Person wieder ins Alltagsleben als gesunder Normaler integriert werden soll. Der Arzt, der in diesem Sinne adäquat therapiert, ist für Parsons mehr als jener „militante Organmediziner“ mit deutlich psychiatriefeindlichen Neigungen, gegen den er sich im Social System wendet; dessen Haltung sei unangemessen, weil er die unbewusste Psychotherapie leugne, die „ein Bestandteil jeglicher ärztlicher Versorgung ist“ Er erklärt, dass die soziologisch relevante Seite medizinischer Praxis in jüngerer Zeit explizit durch die Psychoanalyse zum Inhalt eines eigenen Zweiges der Therapie gemacht wurde.“ (Gerhardt 1991)

Diese letzte Feststellung lässt sich im Zeichen neuerer Entwicklungen gewiss auf andere Formen der Psychotherapie übertragen. Entscheidend ist das Bewusstsein, dass sich medizinische Behandlung immer innerhalb der psychosozialen Beziehung abspielt, die wiederum in ein komplexes Geflecht anderer sozialer Beziehungen eingebettet ist. Parsons schreibt dazu in „Krankheit und die Rolle des Arztes“ (1951, 1964):

„Es ist durchaus wahrscheinlich, dass der Arzt, wenn er seine Praxis geschickt führt, immer eine psychotherapeutische Wirkung auf den Patienten hat; dies ist unabhängig davon, ob er es beabsichtigt oder überhaupt weiss. Ferner müssen wir davon ausgehen, dass dies notwendigerweise so ist, auch wenn die Erkrankungsfälle keineswegs explizit psychiatrischer Natur sind. Der Grund ist erstens, dass ein psychischer Faktor bei nach aussen hin somatischen Erkrankungsfällen eine Rolle spielt. Zweitens muss man sehen, über das psychische Moment in der Ätiologie hinausgehend, dass Krankheit immer noch zu einem bestimmten Grad eine Stress- Situation für den Patienten darstellt und daher Copingmechanismen notwendig macht, die sich in den Reaktionen des Patienten auf

den Stress ausdrücken müssen, wenn nicht der Stress seinerseits zu psychologischen Konsequenzen führen soll.“ (Parsons 1951 / 1964)

Soziales Handeln, Systemtheorie und Interaktionsmedien

Das Theoriegebäude Parsons' ruht auf drei tragenden Säulen: Der Theorie des sozialen Handelns und seiner Struktur (zuerst formuliert 1937), der Theorie sozialer Systeme mit ihren Funktionen und Strukturen in „The Social System“ (1951), sowie der Theorie der Interaktions-Medien, also Mittel, die das Handeln – die Interaktion – von Menschen steuern und absichern (z.B. 1977). Hier ist nicht der Ort, die Parsonsschen Theorien ausführlich darzustellen. Einige erläuternde Hinweise im Sinne eines lexikalischen Stichwortes sind dennoch angebracht. Solche finden wir in Karl- Heinz Hillmanns Wörterbuch der Soziologie (1994):

„Beeinflusst vom Physiologen L.J. Henderson, vom Funktionalismus Malinowskis und vom Werk des Ökonomen A. Marshall hat Parsons die Strukturell-funktionale Theorie entworfen. In systematischen Untersuchungen der Ansätze von E. Durkheim, M. Weber und V. Pareto hat er gemeinsame Grundlagen individuellen und sozialen Handelns aufgewiesen, die er mit einem einheitlichen systematischen Bezugsrahmen theoretisch zusammenfügte. Aus der Konvergenz dieser Entwürfe hat er eine theoretische Ausgangsbasis für die allgemeine Soziologie als „Theorie sozialen Handelns“ gewonnen. Er entfaltete das Model eines „sozialen Systems“, in dem sich im Zustand des Gleichgewichts die Handelnden im Einklang mit ihren individuellen Bedürfnissen und mit den Erwartungen der Interaktionspartner verhalten. Diese Erwartungen und Bedürfnisse werden durch Internalisierung und gemeinsamer Wertmuster und Verhaltensweisen gesteuert und durch Institutionalisierung sozial-strukturell verfestigt.“

Soziales Handeln ist für Parsons zielgerichtetes Handeln. Dieses kann innerhalb des sozialen Systems „funktional“ oder „dysfunktional“ sein, also zur Erhaltung des Systems beitragen oder seine Funktionsfähigkeit stören. In einem allgemeinen Paradigma der menschlichen „Lebenswelt“ unterscheidet Parsons das System des Handelns von den organischen, physikalisch-chemischen und den

„transempirischen“ telischen Systemen. Innerhalb des Systems des Handelns wiederum grenzt er die sozialen Systeme wiederum vom System der Persönlichkeit, der Kultur und vom System des nicht zielgerichteten Verhaltens der unbelebten Materie, des Organismus oder des menschlichen Wesens ab.

Die unterschiedlichen Systeme des Handelns sind nur systematisch von einander abgrenzbar. In der Realität durchdringen sie sich gegenseitig und beeinflussen einander. Für die Analyse des sozialen Handelns und seiner Qualitäten sowie für die Analyse von Struktur und Funktion des Handlungssystems sind die von Parsons entwickelten Orientierungsalternativen – Pattern-Variables – von grosser Bedeutung, Parsons hat diese auf der Grundlage seiner soziologischen Rollentheorie als analytische Kategorien eingeführt und im zehnten Kapitel seines „Social System“ anlässlich der Untersuchung von „Struktur und Funktion der modernen Medizin“ exemplarisch erprobt.

Die Pattern Variables: Orientierungsalternativen

Bei den Pattern-Variables handelt es sich um fünf Begriffspaare, mit deren Hilfe soziales Handeln von Individuen sich im Rahmen ihres Bezugssystems einordnen, typisieren und verstehen lässt. Danach muss der Einzelne seine Handlungen und Entscheidungen in Abhängigkeit von den geltenden sozialen Werten und unter Berücksichtigung der jeweiligen sozialen Situation bewusst oder unbewusst auf jeweils eine der folgenden Alternativen ausrichten.

1. Affektivität oder affektive Neutralität (z.B. personenbezogene oder organisationsbezogene soziale Rollen);
2. Kollektivorientierung oder Selbstorientierung (z.B. die Arzt- gegenüber der Händler-Rolle);
3. Partikularismus oder Universalismus (z.B. die Berufs- gegenüber der Mutterrolle);

4. Diffusität oder Spezifität (z.B. geselliges Beisammensein gegenüber einer Arbeitsbesprechung);
5. Traditionelle Zuschreibung oder Leistungsverhalten (z.B. Priesterrolle gegenüber der Arbeiterrolle). (Erläuterungen nach Hillmann 1994)

Die dritte Säule des Parsonsschen Denkens, die Theorie der Interaktions-Medien ist am wenigsten differenziert ausgearbeitet. Sie ist vor allem Bestandteil seines Spätwerkes. Sie will die Frage klären, mit welchen Mitteln (Medien) das jeweilige soziale Verhalten gefördert wird. Dafür in Betracht kommen beispielsweise Geld, Macht, Einfluss oder moralische Verpflichtung – die verbreitetsten Interaktionsmedien (vgl. Jensen 1980).

Parsons ist mit seiner strukturell-funktionalen Theorie zu einem der bedeutendsten Klassiker der neueren Soziologie geworden. Er hat viele Entwicklungen angestoßen, aber auch heftige Kritik herausgefordert. Hauptkritikpunkte sind der Informationsverlust, den sein abstrahierendes Begriffssystem verwende und die angebliche Ideologieträchtigkeit seiner Kategorien. „Das auf Gleichgewicht, Integration und Stabilität und damit auf Konfliktlosigkeit und normativen Konsens angelegte Schema mache es unmöglich, die Probleme der Herrschaft und des sozialen Wandels zu erfassen. Es beschwöre die Gefahr herauf, dass Soziologie ihre Prinzipien an der Erhaltung der bestehenden gesellschaftlichen Strukturen ausrichte.“

Seit Ende der Sechzigerjahre gilt Parsons bei fortschrittlich gesinnten Soziologen – mittlerweile unreflektiert – als ideologisches Bollwerk der Systemstabilisierung. Die allgemeinsoziologische Kritik prägt sein langem auch die medizinsoziologische Parsons-Rezeption. Im deutschsprachigen Raum hängt das sicher auch damit zusammen, dass die Medizinsoziologie, die sich im Rahmen der Studienreform von 1972 an den Medizinischen Fakultäten etabliert hat, sich vorrangig als medizinkritische, auf Veränderung ausgerichtete Disziplin verstanden hat. Als Folge dieser Identitätsbildung wurden die Originaltexte von Parsons lange Zeit nicht mehr zur Kenntnis genommen. Verkürzungen und Verzerrungen in der Sekundärliteratur

erschweren seither den unbefangenen Umgang mit seinen ohne nicht ganz einfachen Theorien und ihre Anwendung auf den medizinischen Alltag.

Die Heidelberger Soziologin Uta Gerhardt (1991) hat das verzerrte Parsons-Bild in ihrem lesenswerten – auch für Mediziner verständlichen – Aufsatz über „Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktionen in der Medizinsoziologie Talcott Parsons“ durch den Rückgriff auf die Quellen einer gründlichen Revision unterzogen. Sie zeigt, dass sich in der Medizinsoziologie die paradoxe Situation ergeben hat,

„dass Parsons' Perspektive in der Literatur zuweilen gerade dort dargelegt und sozusagen wiederhergestellt wird, wo der Anspruch erhoben wird, seine Angelegenheit solle „auf die Füße gestellt“ das heisst gänzlich neu formuliert werden. Die Unkenntnis Parsonsscher Originalarbeiten führt dazu, dass manche Autoren offenbar nicht wissen, dass ihre Kritik an Parsons gerade dessen Konzeption wiedergibt.“

Wie nun kann die Parsonssche Theorie im psychiatrischen Alltag hilfreich sein? Ich will in den folgenden Abschnitten den Versuch unternehmen, das an zwei Beispielen zu erläutern: Durch Analyse des Spannungsfeldes zwischen den Rollen von körperlich Kranken und psychisch Kranken und zwischen Arzt und Psychotherapeut mit Hilfe der Orientierungsalternativen.

Die soziale Rolle von Ärzten und Patienten

Soziale Rollen sind vom einzelnen unabhängige Komplexe von Verhaltensvorschriften, die von der Gesellschaft als ganzer bestimmt und verändert werden. Die in Rollen gebündelten Verhaltenserwartungen begegnen den Mitgliedern der Gesellschaft mit einer gewissen Verbindlichkeit des Anspruchs, der sie sich nicht ohne Schaden entziehen können (Dahrendorf 1958: „Ein Bündel von Erwartungen, die sich in einer gegebenen Gesellschaft an das Verhalten der Träger von Positionen knüpfen Insofern ist jede einzelne Rolle ein Komplex oder eine Gruppe von Verhaltenserwartungen“). Sie sind normativ. Ihre Einhaltung wird positiv oder negativ

sozial sanktioniert. Die Rollen von Ärzten und Kranken sind in komplexe soziale Systeme von Verhaltenserwartungen, Verpflichtungen und Rechten auf unterschiedlichen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens eingebettet. Sie regeln die Begegnung und die Beziehungen zwischen Ärzten und Kranken. In diesem Sinne sind sie komplementär. Aber sie sind nicht symmetrisch.

Die ärztliche Rolle regelt die sozialen Aspekte der ärztlichen Berufstätigkeit. Sie ist eine Berufsrolle. Sie umfasst die Erwartungen der Gesellschaft an den Arzt und die Bereitschaft der Ärzte, diesen Erwartungen zu entsprechen. Diese Rollenerwartungen wiederum sind auf dem jeweiligen kulturellen Hintergrund zu sehen, dem Verständnis der Gesellschaft von der ärztlichen Aufgabe.

In der modernen westlichen Gesellschaft herrscht Übereinstimmung darüber, dass es Aufgabe der Medizin sei, Kranke zu heilen, ihre Leiden zu lindern und ihr Leben zu erhalten. Auf der Grundlage dieses Verständnisses von der ärztlichen Aufgabe haben sich auf dem Boden der westeuropäischen Kultur im Laufe von Jahrhunderten zum Schutze der Kranken und im Interesse der beruflichen Position die Ärzte bestimmte klassische Rollenerwartungen herausgebildet, die zwar nie uneingeschränkt gegolten, aber letztlich immer Geltung beansprucht haben. Unter der Anwendung der Orientierungsalternativen von Parsons waren das:

1. Die Rollenerwartung der affektiven Neutralität, die Erwartung, dass der Arzt bei der Arbeit alle diejenigen Gefühle ausschaltet, die ihn an der optimalen Erfüllung seiner Aufgabe hindern könnten;
2. Die Rollenerwartung der uneingeschränkten Hilfeleistungs- und Bereitschaftspflicht gegenüber allen Krankheiten ohne Ansehen der Person;
3. Die Verpflichtung des Arztes speziell gegenüber den Kranken – und nicht etwa vorrangig gegenüber ihren Angehörigen oder gar ihren Vorgesetzten;
4. Die Rollenerwartung der – insbesondere ökonomischen – Uneigennützigkeit in der Begegnung mit den Kranken; und

5. Die Rollenerwartung der fachlichen Spezifität und Kompetenz.

Ich habe die Konsequenzen dieser Rollendefinition vor langen Jahren in zwei früheren Arbeiten (1969, 1970) ausführlich dargelegt. Hier sei darauf verwiesen, dass dieses Rollenmuster es den Kranken erlaubt, sich vertrauensvoll in ärztliche Behandlung zu begeben, ohne befürchten zu müssen, emotional, sexuell oder wirtschaftlich ausgebeutet zu werden und ohne sich der Gefahr der Scharlatanerie auszusetzen. Geschieht dies dennoch, handelt es sich um einen massiven Regelverstoss, der in einem funktionsfähigen sozialen System entsprechende Sanktionen nach sich zieht.

Die der Arztrolle komplementäre Krankenrolle bildet ein identisches Muster der alternativen normativen Orientierung. Bei der Formulierung der Inhalte der Krankenrolle stütze ich mich auf die bereits mehrfach erwähnte Arbeit Uta Gerhardts (1991):

1. „Universalismus bei der Krankenrolle bedeutet, dass nach allgemein gültigen, nicht auf die Individualpersönlichkeit und deren Gefühle zugeschnittene Kriterien entscheiden wird, wie schlimm eine Krankheit ist bzw. ihr Schweregrad einzuschätzen ist.“
2. „Die Leistungsorientierung der Krankenrolle bezieht sich darauf, dass es „sich um eine kontingente Rolle handelt, die jeder, unabhängig von seinem Status in anderer Hinsicht einnehmen kann. Die Teilnahme ist ferner, zumindest im Normalfall, befristet“.
3. „Affektive Neutralität bei der Krankenrolle bezieht sich auf den Umstand, dass Gesundung als ein unpersönlicher Vorgang angesehen wird, also nicht auf ein Geschehen, das mit dem emotionalen Wert beispielsweise nahestehender Personen verbunden oder durch Sympathie oder Antipathie in der Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst werden darf. Dies schliesst allerdings nicht aus, dass der Patient seine emotionalen Bedürfnisse in den Behandlungsprozess einbringt: - seine Bedürfnis nach Abhängigkeit und Zuwendung hat einen zentralen Stellenwert innerhalb der therapeutischen Beziehung.“

4. „Funktionelle Spezifität bedeutet bei der Krankenrolle dasselbe wie bei der Arztrolle, denn bei beiden soll es ausschliesslich um gesundheitsbezogene Beschwerden und ihre bestmögliche Behandlung gehen. Für den Patienten heisst das auch, dass der Arzt nicht etwa mit Eheproblemen konfrontiert oder aus dem Gefühl der Vereinsamung heraus konsultiert, sondern nur dann ärztliche Hilfe suchen soll, wenn die Gesundheit betroffen ist. Für den Arzt ist impliziert, dass alles andere als gesundheitsbezogene Handlungen am Patienten tabu sind.“
5. „Kollektivitätsorientierung heisst für die Krankenrolle, „dass der Gesundheitsprozess“ ein gemeinsam und im Austausch mit dem Arzt vollzogener Vorgang ist. Das heisst, Kollektivität bezieht sich auf die Dyade, in der Behandlung und die Gesundung innerhalb der gesellschaftlichen Organisation institutionell verortet sind.“

Gerhardt (1991) leitet aus diesen Rollen von Parallelität bzw. Komplementarität ein Muster von jeweils zwei Rechten bzw. Privilegien und zwei Pflichten ab, die mit der Arzt- und der Krankenrolle verbunden sind. Die Rechte der Kranken bestehen darin, dass sie infolge ihrer Krankheit – zumindest vorübergehend – von ihren sonstigen sozialen Rollenverpflichtungen bzw. den daraus erwachsenden Aufgaben befreit sind, dass sie für Fehler oder Versagen bei der Rollenerfüllung im Alltag nicht verantwortlich gemacht werden dürfen und – dies ist das zweite Recht – trotz Nichterfüllung ihrer Aufgaben im Berufsleben bis zu einer gewissen Grenze und für eine bestimmte Zeit Anspruch auf finanzielles Einkommen und Unterstützung und auf Anerkennung durch andere haben. „Die Kranken haben ein Recht, Unverantwortlichkeit für ihre gegenwärtigen Zustand in Anspruch zu nehmen, ohne wegen Verantwortungsversagens negativ sanktioniert zu werden, wie dies „an sich“ im Alltag geschieht.“ (Gerhardt 1991)

Die Pflichten der Kranken und der Ärzte

Die Pflichten der Krankenrolle sichern die zeitliche Begrenzung der Inanspruchnahme dieses Ausnahmestatus. Zum einen besteht gleichsam die

Verpflichtung zur Gesundheit. Sie schlägt sich darin nieder, dass die anderen – die Nichtkranken in seiner Umgebung – von ihm erwarten, dass er sich ihren Ratschlägen und Forderungen gemäss verhält und fachliche Hilfe in Anspruch nimmt. Diese Notwendigkeit „macht es für den Patienten unmöglich, dass er sich wie jeder normale Bürger in der modernen Gesellschaft gegen Bevormundungen wehren und nach eigenem Ermessen Entscheidungen treffen darf. Erst wenn er die Krankenrolle verlässt und wieder als Gesunder in die Rechte und Pflichten des gesellschaftlichen Lebens zurückkehrt, darf er sich weigern, den Anordnungen des Arztes bzw. des Pflegepersonals zu folgen.“

Dieses Muster von Rechten und Pflichten der Krankenrolle entspricht einem komplementären Muster in der Arztrolle. Dessen Rechte bestehen im fast unbeschränkten Zugang zu körperlichen und seelischen Intimsphäre des Patienten also in einem Recht auf den Zugang zu ansonsten im Alltag normativ geschützten Tabuzonen, von denen „einige und vielleicht in keiner sonstigen Situation anderen zugänglich gemacht werden, andere nur im Kontext besonders intimer und persönlicher Beziehungen“. (Parsons 1951) dieses Recht schliesst auch die „kontrollierte Verletzung des Körpers“ ein, etwa um chirurgische Eingriffe durchzuführen. Hier wird das strafrechtliche sanktionierte Verbot der Körperverletzung zu einem definierten Zweck ausser Kraft gesetzt. Der Arzt hat weiterhin das Recht zu erwarten,

„dass ein Patient hinsichtlich der Behandlung einer aktuellen Erkrankung nur mit ihm ein Vertrauensverhältnis eingeht, jedoch mit keinem anderen Er ist durch das Recht auf Ausschliesslichkeit für die Dauer der Fallbehandlung davon befreit, sich die Fortsetzung des Arzt-Patienten-Verhältnisses bzw. das Vertrauen des Patienten durch angenehme, einsichtige oder sichtbare wirksame Therapiemassnahmen immer gewissermassen „verdienen“ zu müssen. Entsprechend muss er nicht bei jedem Schritt seiner Diagnose und Therapie einer Laienöffentlichkeit oder den ärztlichen Kollegen Rechenschaft geben“ (Gerhardt 1991).

Die Pflichten des Arztes bestehen darin,

„1. sich vollständig am Wohlergehen des Patienten zu orientieren und

2. dabei den höchsten Stand wissenschaftlich abgesicherter Kompetenz einzuhalten.“ (Gerhardt 1991).

Die Parallelität bzw. Komplementarität der beiden Rollen darf auch nicht über einige entscheidende Unterschiede hinwegtäuschen. Die Arztrolle ist eine Berufsrolle, deren Ausübung mit gesellschaftlichem Ansehen und ökonomischer Existenzsicherung verknüpft ist und die langfristig ausgeübt wird. Die Krankenrolle ist eine günstigenfalls vorübergehend übernommene Rolle, die in der Regel keineswegs angestrebt wird, die ungünstigenfalls eine existentielle Bedrohung darstellt und den Kranken aus der bisherigen Lebensbahn wirft.

Die Symmetrie der Rollenstruktur von Arzt und Krankenrolle entspricht einer Asymmetrie der Rollenbeziehung, die Parsons, wie er in einer späten Arbeit unterstreicht (1975) in mancher Hinsicht für unausweichlich hält: Der Arzt verfügt über Fachkompetenz, der Kranke nicht. Der Arzt kann nüchtern und professionell an die Krankheitsproblematik herangehen, der Kranke ist in seiner Urteilsfähigkeit durch Gefühle und Existenzangst beeinträchtigt. Immerhin hat diese Form der Rollenbeziehung über lange Zeit zur Funktionsfähigkeit der modernen Medizin beigetragen.

Die Differenzierung des Gesundheitswesens und der Heilberufe hat daran im Grundsatz nicht geändert (Parsons 1975). Vielfältige Funktionen der Arztrolle, die früher beim Arzt allein gebündelt waren, sind im modernen Gesundheitswesen jedoch an andere Funktionsträger abgegeben worden. Das bedeutet nicht, dass die klassische „Arzt-Rolle“ damit ausser Kraft gesetzt worden wäre. Daran wird vielmehr ein Problem des modernen Gesundheitswesens deutlich, nämlich, eine ganzheitliche Medizin im Rahmen einer intakten zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten zu gewährleisten.

Unschärfe und soziale Ungewissheit: Die Rolle des psychisch Kranken

Soziale Rollen sind nominativ. Sie beschreiben keine Situation, wie sie ist, sondern wie sie auf dem Hintergrund der kulturellen Werte und der Sozialstruktur einer Gesellschaft sein soll. Unter diesem Aspekt wäre es gewiss reizvoll, die Rolle des Kranken und die Erwartungen an ihn im fünften Jahrzehnt nach Parsons grundlegender Analyse (1951) zu reanalysieren und zu prüfen, welche Inhalte Bestand haben und welche nicht – und ob es nicht möglicherweise erforderlich ist, die eine oder andere Grundkategorie der Orientierung zu modifizieren oder gar zu ersetzen.

Ich will mich im folgenden allerdings darauf beschränken, die Rolle des psychisch Kranken und ihre Besonderheiten abzuklopfen. Dabei werde ich mich vorrangig auf einen Aufsatz Parsons über „Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der amerikanischen Werte und der Sozialstruktur Amerikas“ stützen, der zuerst 1958 erschien und seit 1964 in deutscher Übersetzung vorliegt.

Parsons geht von der Frage aus, „unter welche Gesichtspunkte Gesundheit und Krankheit als universelle Kategorien gelten können, die für alle menschlichen Wesen in allen Gesellschaften Gültigkeit besitzen“ und unter welchen sie „als sozial und kulturell relativ“ betrachtet werden können. Parsons bezieht dabei ausdrücklich psychische Krankheiten mit ein. Für ihn gibt es eine Skala von Krankheit, die von „rein somatisch“ bis „rein psychisch“ reicht. Er ist überzeugt davon, „dass die Bedeutung relativer Faktoren, die als Funktion der kulturellen und sozialen Struktur zu betrachten sind, wächst, je weiter man in den psychischen Bereich der Skala eindringt. Die Bedeutung der gegenseitigen Durchdringung somatischer und psychischer Aspekte ist jedoch so gross, dass empirisch keine scharfe Grenze zwischen ihnen gezogen werden kann“.

Dieser letzte Satz ist wichtig. Er enthält einen Hinweis darauf, dass Parsons, wenn er von psychischer Krankheit spricht, vorrangig jene Störungen meint, die im Rahmen seiner Beschäftigung mit Psychotherapie und Psychoanalyse im Bereich seines persönlichen Erfahrungshorizontes angesiedelt sind – also Konfliktreaktionen und Persönlichkeitsstörungen und erst nachrangig Psychosen wie manisch-depressive Krankheit und Schizophrenie.

Für ihn ist klar,

„dass nämlich die primären Kriterien psychischer Krankheit im Zusammenhang der sozialen Rollenführung des Individuums definiert werden müssen. Da für die direkte gegenseitige Durchdringung von sozialem System und Persönlichkeit die Ebene der Rollenstruktur im Mittelpunkt liegt, wird psychische Krankheit durch die Unfähigkeit zum Problem, die sozialen Rollenerwartungen zu erfüllen. Auf diese Unfähigkeit sollten die Kriterien psychischer Krankheit oder Gesundheit bezogen werden.“...

„Gleichzeitig möchte ich aber psychische Gesundheit nicht als einen Zustand betrachten, der eine Bindung an die Erfüllung bestimmter Rollen erfordert. Eine derartige Bindung würde spezifische Zugehörigkeiten zu spezifischen Beziehungssystemen, d.h. Kollektiven umfassen. Psychische Gesundheit bezieht sich vielmehr auf die Fähigkeit, in solche Beziehungen einzutreten und die mit derartigen Zugehörigkeiten verbundenen Erwartungen zu erfüllen. Im Zusammenhang der Organisation des Motivationssystems des Individuums befindet sie sich somit auf einer „allgemeinen Ebene“ als die spezifischeren sozialen Bindungen.“

Für Parsons sind Sozialstruktur und Persönlichkeit miteinander verflochten. Psychische Gesundheit ist für ihn die zentrale Voraussetzung dafür, dass das Individuum sich entwickeln, auf veränderte Situationen einstellen und sich komplexen Anpassungsprozessen unterziehen kann. Wenn diese „zusammenbrechen“, könne psychische Krankheit eine Möglichkeit für das Individuum darstellen, auf die Spannungen zu reagieren, denen es im Laufe des sozialen Prozesses unterworfen sei. Dabei handelt es sich dann um eine Form von abweichendem Verhalten, soziologisch gesprochen von Devianz.

Allerdings ist psychische Krankheit für Parsons „nur eine der alternativen Formen der Abweichung“, was im Übrigen für alle Stadien der Krankheit gelte. Psychische Krankheit einschliesslich ihrer Therapien sei daher eine Art „zweite Verteidigungslinie“ eines sozialen Systems bei der „Kontrolle“ des Verhaltens ihrer Mitglieder, die dann zur Geltung kommen, wenn die primären Mechanismen sozialer Kontrolle sich als unzureichend erwiesen hätten. Diese zweite Verteidigungslinie

komme zum Tragen, wenn die primären Mechanismen – also soziale Sanktionen und Interaktionsmechanismen (z.B. Geld, Einfluss, Macht, moralische Verpflichtung) – sich als unzureichend erwiesen.

Die erste Verteidigungslinie dient der Einhaltung der Rollenverpflichtungen, die zweite entbindet das Individuum – zumindest zeitweilig – von der Einhaltung, weil diese eben wegen Krankheit nicht erzwungen werden kann. In diesem Zusammenhang führt Parsons aus analytischen Gründen die Unterscheidung zwischen Persönlichkeit und Organismus ein. Zwar seien diese nicht konkret voneinander trennbar, zumal alle Verhaltensprozesse durch physiologische Mechanismen vermittelt seien.

An dieser Stelle wird Parsons biologische Grundorientierung sichtbar. Persönlichkeit und Organismus durchdringen einander. Nur so werden beispielsweise komplexe psychosomatische Phänomene verständlich. Aber somatische und psychische Krankheit und Gesundheit können nur dann in verständliche Form in einen gemeinsamen soziologischen Rahmen eingefügt werden, wenn man zugleich eine Unterscheidung zwischen Persönlichkeit und Organismus trifft und ihre extrem enge gegenseitige Durchdringung berücksichtigt.

Rolle und Aufgabe

In diesem Zusammenhang führt Parsons die Unterscheidung zwischen sozialer Rolle und Aufgabe ein, die meines Erachtens für das Verständnis des Unterschiedes von psychischer Krankheit und körperlicher Krankheit in ihren sozialen Konsequenzen von entscheidender Bedeutung ist. Rollen sind nach Parsons „das primäre Zentrum des Zusammenhangs und damit der gegenseitigen Durchdringung von Persönlichkeit und sozialen Systemen. Aufgaben andererseits sind differenzierter und zugleich stärker spezifiziert als Rollen; eine Rolle kann in eine Vielzahl verschiedener Aufgaben zerlegt werden“.

Auf dieser Grundlage definiert er dann somatische Krankheit als „die Unfähigkeit zu relevanter Aufgabenerfüllung“ und psychische Krankheit als „die Unfähigkeit zu

relevanter Aufgabenerfüllung“ und psychische Krankheit als „Unfähigkeit zur Rollenerfüllung“. „Umgekehrt ist somatische Gesundheit“, so führt er aus, „soziologisch definiert, der Zustand optimaler Fähigkeit zur effektiven Erfüllung positiv bewerteter Aufgaben“.

Auf die entsprechende positive Definition psychischer Gesundheit verzichtet er. Aber in Analogie zu seiner Definition psychischer Krankheit lässt sich ableiten: Psychische Gesundheit ist, soziologisch definiert, der Zustand optimaler Fähigkeit zur effektiven Erfüllung positiv bewerteter sozialer Rollen.

„Die Beziehung zwischen somatischer und psychischer Gesundheit – und Krankheit – hat unmittelbare Bedeutung für das Problem der Organisationsebenen der Verhaltenskontrolle. Sie impliziert, dass der „Geist“ keine besondere „Substanz“ ist, sondern eine Organisationsebene Sie impliziert ferner, dass die psychische Ebene den somatischen oder in diesem Sinn physischen Aspekt des Individuums, den „Organismus“, „kontrolliert“. Somatische Zustände sind deshalb notwendige, im allgemeinen aber *keine* ausreichenden Bedingungen für effektives psychisches Funktionieren.“

Ein Beispiel mag das verdeutlichen. Wer sich ein Bein bricht, kann bestimmte Aufgaben, die mit seiner Gehfähigkeit verbunden sind, nicht wahrnehmen. Seine Fähigkeit, etwa die Rolle als Vater, als Partner, als Freund zu erfüllen, ist dadurch aber keineswegs beeinträchtigt. Selbst die Fähigkeit, eine Berufsrolle wahrzunehmen, ist nur insoweit gänzlich aufgehoben, soweit sie Gehfähigkeit voraussetzt oder Präsenz, die wegen der Gehbehinderung nicht erbracht werden kann.

Ein schwer Depressiver dagegen ist durch Verstimmung, Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit und Antriebslosigkeit nicht nur an der Erfüllung seiner Alltagsaufgaben behindert. Er ist auch nicht imstande, etwa seine Rolle als verständnisvoller Vater, zugewandter Partner oder aufmerksamer Freund zu erfüllen. Ist die Depression sehr schwer, ist sie gar wahrhaft geprägt, oder liegt eine schizophrene Psychose mit Störungen des Denkens, des Gefühls und Wahnwahrnehmungen vor, ist er überdies darin beeinträchtigt, seine

Rollenverpflichtungen zu erkennen, auch wenn diese ihm sonst geläufig oder gar selbstverständlich sind. Dies ist ein Aspekt, den Parsons zu erwähnen versäumt. Für mich ist das ein weiterer Anhaltspunkt, dass er die Problematik psychotische Störungen in seine Überlegungen nicht einbezogen hat. Parsons unterstreicht diese Annahme durch folgende Sätze:

„Weil die Verinnerung der Kernfamilie die Grundlage der Persönlichkeitsstruktur bildet, bin ich der Ansicht, dass alle psychischen Pathologien in Störungen der Beziehungsstruktur der Kernfamilie wurzeln, soweit sie auf das Kind Einfluss ausüben. Das heisst keineswegs, dass es keine somatischen Faktoren in der psychischen Pathologie gibt; manche Kinder mögen sehr wohl konstitutionell unfähig zu adäquater Sozialisation sein. Aber die Struktur pathologischer Syndrome, die legitimerweise als psychische bezeichnet werden könne, wird stets die Reaktionen auf Familienbeziehungen enthalten.“

Er zeigt damit, wie eng er den zeitgenössischen Vorstellungen von der Entstehung psychischer Krankheiten verhaftet ist. Dabei will ich die Bedeutung der Familie für die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur und des Wertesystems keineswegs bestreiten. Aber nach heutigen Vorstellungen können sich die Auswirkungen der Verinnerlichung der Kernfamilie allenfalls auf Teilaspekte individueller Vulnerabilität und auf die Inhalte der „psychischen Pathologie“ erstrecken nicht auf ihre Substanz bzw. ihren Kern.

Soziale Kontrolle

Auch unter dem Aspekt der sozialen Kontrolle und dem Verhältnis von Gesundheit und Krankheit zum gesamten Bereich abweichenden sozialen Verhaltens sind im Hinblick auf die körperliche und psychische Krankheit Unterschiede zu erwarten. Soziale Kontrolle wird vorrangig auf zwei Wegen ausgeübt, über soziale Normen und Rollenverpflichtungen und über die „Moralität“, die Bindung der Mitglieder an die Wertvorstellungen der Gesellschaft.

Dieser Problemkreis ist in der Vergangenheit eng mit religiösen Vorstellungen und Werten verknüpft gewesen, die wiederum – auch in der Vergangenheit – soziale Vorstellungen von den Ursachen und dem Wesen psychischer Störungen geprägt haben und die zum Teil im Hintergrund heute noch fortwirken. Mit psychischer Krankheit verknüpfen sich eine ganze Reihe von Hintergrundvorstellungen bzw. von sozialen Repräsentationen, die in Parsons Klassifikationsschema (siehe dort) mit den beiden Kategorien „Störungen der Gesamtperson“ und „Norm als Zentrum“ erfasst werden.

„Situation als Zentrum“

Störungen der Gesamtperson Erwartungen Problem der „Leistungsfähigkeit“ zur Aufgaben- und Rollenerfüllung „Effizienz“) Krankheit als „Abweichung“ Gesundheit als „Konformität“	Störung bestimmter Problem der Bindung an Kollektive (Barnards Disloyalität als Abweichung Loyalität als Konformität
--	--

„Norm“ als Zentrum

Problem der Bindung an „Werte“ oder „Moralität“ „Sünde“ oder „Unmoral“ als Abweichung Stand der Gnade oder Rechtsordnung „guter Charakter“ als Konformität	Problem der Bindung an Normen oder „Legalität“ „Verbrechen“ oder Illegalität als Abweichung Achtung der Konformität
---	--

Parsons beschreibt diese Situation mit folgenden Worten:

„Obwohl die Differenzierung auf der ersten Achse das Problem der Gesundheit von dem des „rituellen“ Zustandes des Individuums oder seines Gnadenstandes oder, allgemeiner, seiner Bindung an Werte unterscheidet, vermag sie nicht die allgemeine Ebene seines Zustandes „als Person“ von seiner Bindung an spezifischere Verpflichtungen der Mitgliederschaft und Tätigkeit in der Gesellschaft zu trennen. Hier scheint ein Hauptproblem der modernen Welt zu liegen, das Problem der

Abgrenzung psychischer Gesundheit und rechtlicher Probleme. Die Frage ist, ob und wie weit die „Abweichung“ des Individuums von der Konformität mit sozialen Erwartungen als „absichtlich“ betrachtet werden kann, das heisst, inwieweit das Individuum berechtigterweise für seine Handlungen verantwortlich gemacht werden kann.“

Bewertung und Verantwortung

In seinen Erläuterungen dazu führt er aus, als eines der Hauptkriterien der sozialen Bewertung von Krankheit gelte seit langem, dass die kranke Person „nichts dafür kann“. Auch wenn sie durch eine gewisse Sorglosigkeit oder Nachlässigkeit krank geworden sei, könne gerechterweise nicht von ihr erwartet werden, dass sie einfach dadurch gesund werde, dass sie den Entschluss fasse, gesund zu werden oder dass sie sich zusammenreisse. Es müsse eine bestimmte Form eines tiefgreifenden biologischen oder psychischen Organisationsprozesses stattfinden, der auf verschiedene Art und Weise gelenkt oder kontrolliert, nicht aber einfach durch einen Willensakt eingeschaltet werden könne. In diesem Sinne sei der Zustand der Krankheit unfreiwillig. Entsprechend könne das Individuum auch nicht dafür verantwortlich gemacht werden.

„Die entscheidende Grundlage der Möglichkeit, jemanden „verantwortlich zu machen“, ruht in der Partikularität spezifischer Normen und Rollenverpflichtungen. Ein normales Individuum hat die Fähigkeit, partikuläre Verpflichtungen zu akzeptieren oder zurückzuweisen, ohne dass eine Reorganisation wesentlicher Strukturen seiner Persönlichkeit oder seines Körpers erforderlich ist. Nur wenn es sich um eine „Störung“ handelt, die über diese besonderen Einzelheiten hinausgeht, können wir von Krankheit oder gestörter Bindung an Werte sprechen.“

Parsons zieht an dieser Stelle die Analogie zur Religion und der Unterscheidung zwischen Erbsünde und individueller Sünde. Erbsünde gehöre hinsichtlich der sozialen Differenzierung auf dieselbe Seite wie Krankheit, für die individuelle Sünde sei der einzelne verantwortlich zu machen.

Kriterien von Gesundheit und Krankheit

In diesem Zusammenhang nimmt Parsons eine Neuformulierung der Kriterien von Gesundheit und Krankheit vor. Zunächst umreißt er noch einmal die spezifischen Züge der Krankenrolle:

1. Die Überwindung seiner Fähigkeit zur Aufgaben- und Rollenerfüllung durch einen reinen Willensakt wird von dem Kranken nicht verlangt; er kann in diesem Sinn nicht für seine Unfähigkeit verantwortlich gemacht werden.
2. Die als Krankheit definierte Unfähigkeit gilt, jeweils nach der Art der Krankheit, in unterschiedlichem Masse, in verschiedenen Formen und für verschiedene Zeiträume, als eine legitime Grundlage für die Befreiung des kranken Individuums von seinen normalen Rollen- und Aufgabenverpflichtungen.
3. Kranksein bedeutet deshalb, sich in einem teilweise und bedingt *legitimierten* Zustand zu befinden. Die wesentlichen Bedingungen dieser Legitimation ist jedoch die Einsicht des Kranken, dass Kranksein an sich nicht *wünschenswert* ist, dass er somit verpflichtet ist, sich um seine Gesundheit zu bemühen und zu diesem Zwecke mit andern zusammenzuarbeiten.
4. Soweit von spontanen Kräften keine adäquate und rasche Wirkung erwartet werden kann, haben der Kranke und die für sein Wohlergehen verantwortlichen, vor allem die Familienmitglieder, die Verpflichtung, kompetente Hilfe zu suchen und mit diesen kompetenten Instanzen bei den Bemühungen um die Heilung zusammenzuarbeiten.

„Einige subtilere Aspekte ihrer Bedeutung werden jedoch sichtbar, wenn wir untersuchen, auf welche Art und Weise das Gleichgewicht von Krankheit und Gesundheit durch die Kanäle psychischer und psychosomatischer Krankheiten mit dem Gleichgewicht der Motivationskontrolle der Individuen in ihrer Beziehung zur Gesellschaft als System verbunden ist.“

Von der gesellschaftlichen Notwendigkeit der Stigmatisierung

Die Zuerkennung der Krankenrolle hat nämlich Folgen. Zum einen können Kranke unter bestimmten Bedingungen „von bestimmten Formen gegenseitiger Beeinflussung und Assoziierung mit Nichtkranken“ isoliert werden, weil Krankheit „motivationsmässig wie bakteriologisch“ „ansteckend sein kann“. Die Isolierung bedeutet u.a. auch, dass dem Kranken jeder Anspruch auf eine allgemeine Legitimierung seines Musters der Abweichung abgesprochen werde. Die bedingte Legitimation, die er geniesse, erfolge um den Preis der Anerkennung, dass Krankheit kein wünschenswerter Zustand sei. Um diesen Preis werde ihm gestattet, die oft sehr erheblichen Befriedigungen aus sekundären Vergünstigungen zu geniessen. Diese Institutionalisierung der Krankenrolle sei nicht nur für das Motivationsgleichgewicht der Kranken von Bedeutung, sondern vor allem für die Gesunden, weil sie ihre eigenen Motivationen, nicht krank zu werden, verstärke und damit verhindere, dass Muster abweichenden Verhaltens übernommen würden. Dass er in diesem Zusammenhang die Stigmatisierung von Krankheit als positive bzw. motivierende soziale Kategorie einführt, sollte uns zu denken geben.

„Die Stigmatisierung der Krankheit als eines unerwünschten Zustandes und die Mobilisierung beträchtlicher Energien der Gesellschaft zu ihrer Bekämpfung ist eine Bestätigung der positiven Bewertung der Gesundheit und ein gegen die Versuchung zur Krankheit gerichteten Einfluss – der sich somit auch gegen die Ausbreitung von Komponenten wendet, die in die entsprechenden Motivationen eingehen. Damit wird verhindert, dass der Kranke ein Vorbild liefert, das für andere eine Versuchung zur Nachahmung darstellen könnte.“

Neben dem weiteren Aspekt, dass der Kranke als hilfsbedürftig definiert und dazu verpflichtet wird, um kompetente Hilfe nachzusuchen, hat ein anderer wichtiger Gesichtspunkt im Diskurs um die Krankenrolle bislang zu wenig Beachtung gefunden: Indem der Kranke als hilfsbedürftig definiert und in Beziehung zu therapeutischen Instanzen gebracht wird, gerät er durch die Krankenrolle in Abhängigkeit von Personen, die nicht krank sind. „In der strukturellen Zuordnung wird also der Kranke in bestimmte Gruppe von Nichtkranken eingereiht und nicht in

andere Gruppen von Kranken“ – ein Aspekt, der im Zeichen der Selbsthilfebewegung der Beachtung bedarf.

Die Probleme sozialer Kontrolle sind damit aber keinesfalls gelöst. Das Leben in der modernen Gesellschaft sei immer komplexer geworden und stelle immer grössere Anforderungen an die einzelnen. Die Motivation, über psychische und psychomotorische Bahnen in die Krankheit auszuweichen, habe sich deshalb verstärkt und damit die Bedeutung wirksamer Mechanismen zur Kontrolle dieses Ausweichens. Nach Parsons Auffassung werde aus dieser historischen Perspektive verständlich, dass die erste grosse Entwicklungswelle der Institutionalisierung des Gesundheitswesens den Bereich somatischer Krankheit betroffen habe und dass erst danach das Interesse für die Probleme psychischer Gesundheit entstanden sei.

„Ein sehr gutes Beispiel ist das Interesse an der wachsenden Bedeutung der Probleme psychischer Gesundheit und das Mass an Toleranz und Bereitschaft zur Unterstützung, das in der Haltung gegenüber psychisch Kranken zum Ausdruck kommt. Aber diejenigen, welche solches Interesse zeigen, vergessen oft, auf die Kehrseite der Medaille hinzuweisen, auf den ebenso wichtigen Anteil der Therapie, die der Wiederherstellung der vollen sozialen Beteiligung des psychisch Kranken dient, das heisst vor allem, der Wiederherstellung der vollen Leistungsfähigkeit. Besonders aufschlussreich ist meines Erachtens die Auffassung, dass der therapeutische Prozess aktive Arbeit des Patienten erfordert, ernsthafte Bemühungen, gesund zu werden. Er gilt keineswegs als passives Objekt der Behandlung durch das therapeutische Personal.“

Im Vergleich zu anderen Gesellschaften sieht Parsons in der zeitgenössischen amerikanischen eine besondere Bedeutung der Verpflichtung der Kranken zur Bewältigung ihrer Gesundheitsprobleme zur Arbeit, deren Ziel die Gesundung ist: „Der Grund ist einfach der, dass von einem Kranken, der keine Motivation besitzt, die Voraussetzung effektiver Leistung zu erarbeiten, auch kaum erwartet werden kann, dass er die Motivationen für die Leistungen selbst besitzt, deren Voraussetzung gute Gesundheit ist.“ Was dies für die Rolle der psychisch Kranken bedeutet, wird noch herauszuarbeiten sein.

Ein weitere potentielles Dilemma liegt in der Voraussetzung zur Erkennung der Krankenrolle, dass der Patient nichts dafür kann, eine Lebensstatsache, die von der medizinischen Wissenschaft nachgewiesen sei: „Wo wissenschaftlicher Nachweis nicht möglich ist, besteht die Tendenz, die Möglichkeit als wahrscheinlicher anzusehen, dass der Patient sehr wohl etwas dafür kann.“

Abhängigkeit als Krankheitsgewinn

Ein weiterer Aspekt ist für die Besonderheit psychischer Krankheit von Bedeutung. Parsons sieht in Krankheit und in Motivation zur Krankheit einen Typ sozialer Abweichung, der durch die Entfremdung und Passivität gekennzeichnet ist, also letztlich auf Unwilligkeit oder durch Unfähigkeit zur Anpassung.

„Die Entfremdung, die in der Motivation zur Krankheit enthalten ist, kann somit als Entfremdung von bestimmten Erwartungen verstanden werden, die besonders die unabhängige Leistung betonen. Aus diesem Grund ist die Passivitätskomponente der Abweichung, wie sie in der Krankheit zum Ausdruck gelangt, von besonderer Bedeutung, auch deshalb, weil die auf das Problem von Abhängigkeit und Unabhängigkeit bezogene ambivalente Motivationsstruktur sehr stark hervortritt. Die Therapie richtet sich somit vor allem auf die Stärkung der Motivation zur Unabhängigkeit (im Gegensatz zur Abhängigkeit) sowie auf die Überwindung der Entfremdung und stellt die Erwartung der Unabhängigkeit und damit die Leistung in den Mittelpunkt.“

„Ein wichtiger Punkt ist, dass die Abhängigkeitskomponente in der Abweichung des Kranken konstruktiv für das therapeutische Muster verwendet wird, im wesentlichen durch das, was in gewissem Sinn eine Wiederholung der Sozialisationserfahrung darstellt. Das heisst, dass der Patient durch die Erlaubnis, Abhängigkeit – sowohl mit der Befreiung der Rollenverpflichtungen als auch mit der Unterstützung durch andere – offen zum Ausdruck zu bringen, dazu ermutigt wird, eine Abhängigkeitsbeziehung zu anderen Personen zu bilden. Die Behandlung des Kranken, die durch Gewährenlassen und Unterstützung seine Wünsche erfüllt, unterläuft die Entfremdungskomponente der Motivationsstruktur seiner Krankheit. Er findet es sehr

viel schwieriger, sich gegenüber sozialen Objekten entfremdet zu fühlen, die ihn mit Freundlichkeit und Nachsicht behandeln. Natürlich gibt es auch hier Probleme, vor allem bei einigen Formen psychischer Krankheit, dass nämlich der Patient dazu bewegt werden muss, derartige Freundlichkeit und Nachsicht, ja selbst sein Bedürfnis für die Erleichterungen, die ihm aufgrund seiner Krankheit gewährt werden, zu akzeptieren.“

„Das Element der Abhängigkeit bildet durch „Übertragung“ zugleich die Basis einer starken Bindung an das therapeutische Personal, die dann als Motivationsbasis für therapeutische „Arbeit“ verwendet werden kann und schliesslich zur Überwindung der Abhängigkeit selbst führt oder sie soweit verringert, dass sie nicht mehr ernstlich die Fähigkeiten des Patienten beeinträchtigt. Darauf kann dann die aktive Arbeit der Therapie aufbauen und, indem sie durch Anpassung an die Grundbedingungen des biologischen und psychologischen Zustandes des Patienten Fuss fasst, die Heilung vorantreiben.“

Unter diesem Aspekt hat, wie Parsons meint, auch die Krankenhauseinweisung einen oft übersehenden Aspekt sozialer Kontrolle. Sie soll die Familie nicht nur von der Last der Fürsorge befreien, sondern sie auch vor dem Patienten schützen, vor allem von den Auswirkungen seiner Abhängigkeitsbedürfnisse. Zugleich soll sie den Patienten vor der Versuchung der Familie schützen, diesen zu einer mehr oder weniger permanenten Abhängigkeit zu verführen. Dieses Problem sei durch die neueren Entwicklungen der Familienstruktur verstärkt aufgetreten.

Konsequenzen für die Psychisch Kranken

Die Parsonsschen Ausführungen haben eine Reihe von Konsequenzen für die Situation der psychisch Kranken. Einzelne werden in seinem Text angesprochen. Andere sind zumindest indirekt sichtbar. Weitere lassen sich ableiten, wenn man die Parsons'sche Analyse konsequent weiterdenkt.

Die Probleme beginnen mit der Zuerkennung der Krankenrolle. Voraussetzung dafür ist, dass die Umgebung, vornehmlich die Familie und eine wissenschaftliche Instanz,

in der Regel ein Arzt, die Situation des Betroffenen als Krankheit erkennen und anerkennen. Sie müssen das, was dieser als Missbefinden, Leiden oder Verhaltensstörung präsentiert, entsprechend als krankhaft definieren und sanktionieren und nicht als mangelnden Willen, sich zusammenzureissen, mutwilliges Verhalten oder Simulation zurückzuweisen. Die Zuerkennung der Krankenrolle an Menschen mit psychischen Störungen ist keineswegs selbstverständlich.

Depressiv zu sein, Angst und Panik zu haben, anorektisch oder bulimisch zu sein oder gar mässig ausgeprägte schizophrene Symptome aufzuweisen, ist etwas qualitativ anderes, als erkältet zu sein oder an Grippe symptomen zu leiden. Bei Erkältung oder Grippe erfolgt die Zuweisung der Krankenrolle undramatisch und ohne Verzögerung: „Kurier dich aus“ oder „bleib doch ein paar Tage zu Hause“ sind die selbstverständlichen Reaktionen von Arbeitsumwelt, Freunden und Familie. Das hängt sicher auch damit zusammen, dass die Symptome dieser Krankheiten jedermann vertraut sind. Aber auch, dass man davon ausgehen kann, dass die Zuerkennung der Krankenrolle in diesem Fall überschaubar befristet ist.

Bei der Zuerkennung der Krankenrolle an einen psychisch leidenden Menschen treten eine ganze Reihe von Problemen auf. Sie beginnen mit der Laiendiagnose. Psychiatrische Symptome sind nicht sichtbar, hörbar oder messbar wie Husten, Schnupfen und erhöhte Temperatur. Sie sind auch oder gerade, wenn sie vertraut sind, quantitativ in ihrer Ausprägung und qualitativ in ihrem Krankheitswert nur schwer zu beurteilen:

Wer ist nicht schon deprimiert gewesen? Wer hat nicht schon an Schlafstörungen gelitten. Wer hatte nicht schon Angst. Wem ist nicht schon die Lust am Essen vergangen. Wer hat sich nicht schon der Wirklichkeit entfremdet gefühlt? Und wer hat sich dann nicht zusammengerissen, sich Mühe gegeben, darauf vertraut, dass das schon wieder vergehen wird. Die Bereitschaft, vorhandene Symptome zu unterschätzen oder nicht ausreichend ernst zu nehmen, ist weitverbreitet. Das gleiche gilt für die Bereitschaft, Aggravation oder Simulation zu unterstellen.

Geringes Differenzierungsvermögen der Allgemeinheit

Aber alle diese Reaktionen sind nicht entscheidend. Entscheidend ist vielmehr, dass die Allgemeinheit im Hinblick auf psychische Störungen ein ausserordentlich geringes Differenzierungsvermögen hat. Sie unterscheidet zwischen Befindlichkeitsstörungen, die nicht als Krankheit anerkannt werden, und dem Nervenzusammenbruch, der zwar als Krankheit akzeptiert wird, aber gleichsam mit dem sofortigen Ausschluss aus der bürgerlichen Gesellschaft verknüpft ist.

Aus sozialpsychologischer Sicht hat das gute Gründe. Unser Zusammenleben mit anderen Menschen beruht wesentlich darauf, dass wir die psychische Gesundheit unserer Handlungspartner – ihre „Normalität“ – gemeinhin nicht in Frage stellen. Wir sind täglich vielfältigen sozialen Situationen ausgesetzt, in denen sich andere Menschen anders verhalten als wir das erwarten oder wünschen. Unsere übliche Reaktion darauf kann nicht sein, die seelische Gesundheit des Gegenüber zu überprüfen sondern dessen Verhalten ungeprüft als verantwortlich und gewollt hinzunehmen und entsprechend darauf zu reagieren.

Wenn uns etwas stört, reagieren wir mit sozialen Sanktionen, nicht mit einer Diagnose. Selbst wenn das Verhalten deutlich abweichend ist, „normalisieren“ wir. Wir führen es auf die besondere Situation, auf einen besonderen kulturellen Hintergrund, auf eine besondere Stimmungslage, auf die entsprechende Persönlichkeit zurück. Wir begreifen Verhalten eher als unspezifisch fremd, als kriminell, ja als böse als als psychisch krank. Das kann schwerwiegende Konsequenzen für die Erkennung von psychischer Krankheit und die rechtzeitige Einleitung einer Behandlung haben. In unserem Zusammenhang bedeutet das, dass die Zuerkennung der Krankenrolle an Menschen mit psychischer Krankheit mit erheblichen Problemen verbunden sein kann und dass diese, wenn sie dann erfolgt, wegen des Bildes von psychischer Krankheit in der Öffentlichkeit dann für den Kranken unerwünschte dramatische Folgen haben kann.

Rolle und Aufgabe

Ein zweites spezifisches Problem psychischer Krankheit hat auch unmittelbar mit der Rollendefinition zu tun. Zwar hat Parsons sein Modell der Unfähigkeit zur Erfüllung von Rollen aus dem Social System im Hinblick auf psychische Krankheit modifiziert und differenziert: Körperlich Kranke könnten ihre Aufgaben nicht erfüllen, psychisch Kranke ihre Rollen. Aber er hat das nicht zu Ende gedacht. Ein zentrales Merkmal der Krankenrolle ist die Entbindung, zumindest die vorübergehende Entbindung von der Erfüllung von Aufgaben und Rollen.

Parsons Differenzierung in dem oben referierten Aufsatz hat deutlich gemacht, dass diese Bindung nicht nur vorübergehend und an bestimmte Bedingungen geknüpft ist. Sie hat vielmehr gezeigt, dass sie auch begrenzt ist. Kranke sind von der Erfüllung spezifischer Aufgaben zu entbinden, gegebenenfalls auch spezifischer Rollen. Nur bei Schwerkranken mag dies anders sein.

Unsichtbare Symptome

Bei psychisch Kranken taucht nun ein Problem besonderer Art auf. Zum einem sind sie nicht sichtbar behindert. Es ist mithin nicht evident, warum sie ihre Aufgaben nicht erfüllen können. Zum anderen gibt es bestimmte Symptome von psychischer Krankheit, die sie nicht daran hindern, ihre sozialen Rollen zu erfüllen oder in richtiger Weise zu erfüllen. Bestimmte Symptome wie depressiver Wahn, Überaktivität und Größenideen bei manischen Syndromen oder Wahnwahrnehmungen, Verfolgungsangst und Situationsverkennung bei Schizophreniekranken können dazu führen, dass sie ihre Rollen in falscher, grob abweichender Art und Weise erfüllen – etwa in der Weise, dass bei objektiver Betrachtung erhebliches kriminelles Verhalten, massive Verletzungen von moralischen Wertvorstellungen oder erheblich sozial störendes Verhalten vorliegt.

Die Frage stellt sich, inwieweit die jeweilige Gesellschaft bereit ist bzw. bereit sein kann, solches eindeutig krankes Verhalten mit den Privilegien der Krankenrolle auszustatten.

Pflicht zur Kooperation

Ein dritter Faktor hat mit der Verpflichtung der Kranken zu tun, kompetente Hilfe zu suchen und an der Wiederherstellung mitzuarbeiten. Wie ist das, wenn die Kranken dies nicht können oder aufgrund ihrer Krankheitssymptome nicht wollen oder nicht wollen können? Wie ist das mit dem Schizophreniekranken, der im landläufigen Sinne nicht „krankheitseinsichtig“ ist? Wie verhält es sich, wenn bei einer schizophrenen Erkrankung Störungen der Person, der Ichidentität oder des Wollens im Sinne Eugen Bleulers vorliegen? Wie ist das, wenn der Antrieb so vermindert ist, dass der Kranke sich nicht überwinden kann, Hilfe zu suchen. Wie ist es, wenn die Stimmung so gedrückt ist, dass sowieso alles hoffnungslos erscheint? Wie ist es, wenn die Urteilsfähigkeit aufgrund von Krankheit mehr oder weniger vollständig aufgehoben ist? Gelten die sozialen Rahmenbedingungen der Krankenrolle dann noch? Oder ist für Menschen in solchen sozialen Situationen eine spezifische Rolle vorgesehen? Etwa die des Verrückten (oder wie immer man sie bezeichnet)?

Zeitliche Begrenzung

Ein vierter Problemkomplex ist eng damit verknüpft: Die Krankenrolle wird in aller Regel vorübergehend zugewiesen, nicht auf unbegrenzt lange Zeit. Wie steht es, wenn unter den Bedingungen – aus der Sicht der sozialen Umgebung – unzureichender Mitarbeit des Kranken die Depression unbillig lange dauert? Wie steht es, wenn die schizophrene Psychose bei ausagiertem, störendem abweichendem Verhalten des Kranken sich nicht erkennbar zurückentwickelt? Wie stet es, wenn der Zustand sich schliesslich chronifiziert und eine Rückkehr in das frühere soziale Leben nicht absehbar ist?

Illegitimes Verharren

Ein letzter Aspekt schliesslich dreht sich um die Frage der sozialen Kontrolle unter dem Aspekt, ob der Kranke nicht möglicherweise, obwohl er an seiner Genesung mitarbeiten könnte, illegitimerweise im Status der Krankenrolle verharret. Es ist gar

nicht so selten, dass Angehörige und Therapeuten bei Depressiven zu dem Ergebnis gelangen, diese könnten mehr tun, sie seien belastungsfähiger, sie könnten früher auf die Krankenrolle verzichten und ihre sozialen Pflichten wieder aufnehmen.

Ähnliches ist bei Schizophreniekranken zu beobachten, insbesondere bei Jugendlichen, deren Erholung schleppend verläuft. Oft ist auch für Erfahrene nicht sichtbar, ob ein gesunder Schutzmechanismus am Werk ist oder ob sie sich aus mehr oder weniger ehrenwerten Motiven davor drücken, in die Gemeinschaft der Gesunden zurückzukehren oder es wenigstens zu versuchen.

Der amerikanische Soziologe Kai Erikson – Sohn des Psychoanalytikers Erik H. Erikson – hat sich in einem grundlegenden Aufsatz über „Soziale Ungewissheit und psychische Krankheit; die Rolle des psychisch Kranken“ vor vielen Jahre (1957; dt. 1972) damit auseinandergesetzt. In den folgenden Abschnitten wollen wir uns mit seinen Argumenten vertraut machen.

Die Rolle des Psychiaters: Psychotherapeut und Arzt im Spannungsfeld

Die Rolle der psychisch Kranken unterscheidet sich im Prinzip nicht von jener der körperlich Kranken. Sie weist aber, wie wir gezeigt haben, eine Reihe von Besonderheiten auf, die gewisse Zweifel an der Tragfähigkeit der Krankenrolle für schwer psychisch gestörte Menschen aufkommen lässt. Im folgenden wollen wir der Frage nachgehen, welche Besonderheiten die Berufsrolle des Psychiaters bzw. des Psychotherapeuten – die ja komplementär zu jener der Kranken zu verstehen ist – aufweist und ob sie sich mit dem Kategoriensystem, das Parsons für die Arztrolle herausgearbeitet hat, ausreichend erfassen lassen. Gewiss übt der Psychiater mannigfache Funktionen aus, die mit denen des Arztes in der allgemeinen somatischen Medizin identisch sind. Er hat jedoch einige Zusatzfunktionen, die andere Ärzte in der Regel nicht zu erfüllen haben. Und er hat in Ausübung der Psychotherapie einige Aufgaben, die die Frage aufkommen lassen, in welcher Weise er beispielsweise mit der Rollenerwartung der affektiven Neutralität umgehen kann.

Eine der Besonderheiten der Berufsrolle des Psychiaters besteht darin, dass er unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet ist, Zwang auszuüben und Kranke gegen

ihren erklärten Willen zu behandeln. Damit wird eine der – zumindest stillschweigenden – Grundvoraussetzungen der Arzt-Patient-Beziehung verletzt. Die Freiwilligkeit des Zustandekommens: Ihre Gegenseitigkeit. Die Behandlung unter Zwang ist gleichsam die Extremvariante der Asymmetrie, die in jeder Arzt-Patienten-Beziehung besteht. Aber diese Asymmetrie kommt unter normalen Bedingungen aus anderen Gründen zustande durch die Fachkompetenz des Arztes auf der einen Seite und das mangelnde medizinische Wissen des Kranken, durch die Hilfebedürftigkeit des Leidenden und die Bereitschaft und Verpflichtung zur Hilfe des Arztes auf der anderen. Zwang ist in dieser Beziehung nicht vorgesehen. ... fällt die Ausübung von Zwang als doch in den Rahmen der doppelten Parallelität von Arzt- und Patientenrolle, die Uta Gerhardt (1989, 1991) im Gefolge von Parsons formuliert. Bei der Beschreibung der Pflichten des Kranken innerhalb seiner Rolle spricht sie ausdrücklich vom „Zwang, einen Arzt aufzusuchen und seinen Anordnungen Folge zu leisten“. Die Autorin dürfte bei dieser Formulierung jedoch kaum an eine Behandlung wider Willen gedacht haben. Dennoch liegt diese Schlussfolgerung gar nicht so fern, wenn man die Überlegungen Uta Gerhardts zu Ende liest:

„Der Zwang, einen Arzt aufzusuchen und seinen Anordnungen Folge zu leisten macht es für den Patienten unmöglich, dass er sich, wie jeder normale Erwachsene in der modernen Gesellschaft, gegen die Bevormundungen wehren und nach seinem eigenen Ermessen Entscheidungen treffen darf. Erst wenn er die Krankenrolle wieder verlässt und wieder als Gesunder in die Rechte und Pflichten des gesellschaftlichen Lebens zurückkehrt, darf er sich weigern, den Anordnungen des Arztes bzw. Pflegepersonals zu folgen, und er braucht sich ihnen nicht mehr unterzuordnen, weil nicht mehr gilt, dass sie wegen ihres Wissens und Könnens Autorität beanspruchen dürfen.“

In der Psychiatrie und beim Psychiater kommt im Falle der Zwangsbehandlung offensichtlich die gesellschaftliche Sanktionierung hinzu, der sozialen Rollenverpflichtung gegenüber dem uneinsichtigen, urteilsfähigen Kranken mit Gewalt Nachdruck zu verleihen. So problematisch dies erscheint, es sind gesellschaftliche Wertsysteme denkbar, die diese in unseren Breiten auf die Psychiatrie und einige ganz seltene Infektionskrankheiten begrenzte Praxis beträchtlich ausweiten können. Allerdings sei betont, dass solche Überlegungen zur

Tragfähigkeit der Arztrolle niemanden von dem ethisch-moralischen Dilemma der Entscheidung im Einzelfall entlasten.

Arztrolle, Psychotherapeutenrolle

Rollentheoretisch interessanter ist die Unterscheidung zwischen Arzt und Psychotherapeut, die der amerikanische Soziologe Light (1971) im Zusammenhang mit dem Verhalten von Therapeuten beim Patientensuizid getroffen hat. Als Arzt sei der Psychiater gefordert, Verantwortung zu übernehmen, Entscheidungen zu treffen, die Asymmetrie der Beziehung aufgrund seines überlegenen Wissens und seiner Erfahrung auszuspielen, dem Patienten nachdrücklich Rat zu geben oder Anweisungen zu erteilen. Als Psychotherapeut hingegen sei er verpflichtet, diese Selbständigkeit der Entscheidungen des Kranken zu fördern und zu unterstützen, ihm gegebenenfalls zuzugestehen, im Interesse von Lernerfahrungen und Reifungen falsche Entscheidungen zu treffen, nicht vorzeitig Verantwortung zu übernehmen, sondern diese dem Patienten zurückzuspielen, partnerschaftlich und nicht auf asymmetrischer Basis mit ihm zu arbeiten.

Es ist unschwer zu erkennen, dass Light hier zwei unterschiedliche Rollenmuster herausarbeitet. Diese sind, soweit sich das übersehen lässt, beide vom gleichen Orientierungsmuster des Parsonschen Categoriesystems getragen. Aber sie haben andere Schwerpunkte. Knight vertritt nun die Auffassung, dass dieses Gewicht in bestimmten kritischen Situationen gerade bei der Behandlung von suizidgefährdeten Patienten so sehr in einem Spannungsverhältnis zu einander stehen, dass ein Rollenkonflikt unausweichlich ist. In der kritischen Situation müssen der Psychiater die Rolle des Psychotherapeuten verlassen und die des Arztes zurückschlüpfen, um Entscheidungen zu treffen, Anweisungen zu erteilen und gegebenenfalls eine Zwangseinweisung zu veranlassen. Bei der Behandlung suizidgefährdeter Patienten sei der Psychiater ständig zwischen diesen beiden Rollen hin- und hergerissen, so dass eine Lähmung des therapeutischen Handelns eintreten könne. Die Überlegungen von Knight scheinen uns recht gut geeignet, das Handeln psychiatrisch tätiger Ärzte besser zu verstehen, die insbesondere bei schwer gestörten psychisch Kranken immer wieder zwischen den beiden Rollenvarianten

Arzt und Psychotherapeut hin- und herpendeln oder pendeln müssen. Solche Überlegungen können auch dazu beitragen, zu klären, wann ein solches Pendeln zwingend und wann es gegebenenfalls überflüssig ist.

Spezifische Aspekte der Psychotherapeutenrolle

Die Anforderungen und Erwartungen an den Psychotherapeuten und seine Art der Interaktion mit den Patienten unterscheidet sich über die von Light formulierten Aspekte hinaus noch in manch anderer Hinsicht von der üblichen Arzt-Patient-Beziehung. Folgende Aspekte drängen sich auf:

1. Die psychotherapeutische Beziehung ist nach allgemeinem Verständnis eine partnerschaftliche, obwohl insbesondere in der Psychoanalyse durch die Sitz- bzw. die Liegeanordnung Vorkehrungen getroffen werden, sie nicht so erscheinen zu lassen.
2. Die psychotherapeutische Beziehung ist in der Regel eine lange oder noch länger andauernde Beziehung, die mit regelmässigen intensiven und zeitlich beachtlichen Begegnungen verbunden ist.
3. Die psychotherapeutische Beziehung umfasst auf Klientenseite den ganzen Menschen. Das gilt im Sinne der Übertragung aus Sicht des Patienten auch im Hinblick auf den Therapeuten.
4. Dessen ungeachtet ist die Asymmetrie der Beziehung war vorhanden und durch Regeln definiert. Die aktuelle Begegnung in der Therapie lässt sie in den meisten Therapieverfahren jedoch nicht offensichtlich werden.
5. Affektive Neutralität von Seiten des Arztes bzw. des Therapeuten wird gefordert, ob sie für den Kranken gefordert wird, bleibt zu prüfen. Gewiss ist, dass die therapeutische Beziehung für viele Kranke eine Surrogatbeziehung ist.

6. Wichtigstes therapeutisches Instrument ist die Beziehung selber. Wichtiges Medium, mit dem gearbeitet wird, sind Gefühle im Rahmen dieser Beziehung, die im Gefolge von Übertragung und Gegenübertragung auch vom Therapeuten aufgenommen und genutzt werden.

Eher in kokettierender Weise wird von psychotherapeutischer Seite gelegentlich die Formel von der Psychotherapie als unmöglichen Beruf (Malcolm 1981) verwendet. Aus soziologischer Perspektive ist in der Tat zu fragen, ob die Berufsrolle des Psychotherapeuten nicht in der Tat einige Widersprüche enthält, die nicht oder nur mühsam auflösbar sind. Wenn wir im Kategoriensystem Parsons verharren, betreffen die Fallen und Widersprüche vor allem die Orientierungsalternativen affektive Neutralität und Emotionalität, funktionelle Spezifität und Diffusität und möglicherweise auch Kollektivitätsorientierung und Selbstorientierung. Alle drei Problemkreise hängen damit zusammen, dass sich in der Psychotherapie zwei Menschen begegnen – intensiver und andauernder als dies in fast allen sonstigen Beziehungen – ausser in Liebesbeziehungen – der Fall ist.

Unter diesem Gesichtspunkt gewinnt das Recht, das der Therapeut aus der Arztrolle ableitet, auf „freien“ Zugang zu im gesellschaftlichen Alltag normativ geschützten Tabuzonen (Gerhardt) eine besondere Bedeutung. Parsons bemerkt dazu, „dass einige davon vielleicht in überhaupt keiner sonstigen Situation anderen offenbart werden, andere nur im Kontext besonders intimer und persönlicher Beziehungen“ (1951). Darüber hinaus erhält der Therapeut Einblick in negative oder „schwache“ Eigenschaften seines Handlungspartners, deren Offenbarung ebenfalls Merkmal besonders intimer Beziehungen sind, der das Medium zu dem Gefühle sind und nach den Vorstellungen psychoanalytischer Therapie neutraler Gegenstand die Übertragung (der Gefühle des Kranken auf den Therapeuten und die Gegenübertragung des Therapeuten auf den Klienten), bereitet es bereits analytische Schwierigkeiten, zwischen affektiver Neutralität als Rollenerwartung und emotionaler Tönung der Beziehung zu trennen.

Noch schwieriger wird das, wenn Therapien sich nicht allein auf den Austausch von Worten begnügen, sondern wenn der Körper mit in die Therapie einbezogen wird. Tilmann Moser (1992) leitet sein Buch „Vorsicht Berührung“ mit einem

eindrucksvollen – selbst erlebten Beispiel dafür ein, wie eine psychotherapeutische Beziehung unerwartet massiv erotisch aufgeladen werden kann. Dass Moser dieses Beispiel bringt, um dann zu zeigen und zu unterstreichen, dass er sich in seinen Reaktionen trotzdem rollengerecht verhalte, zeigt, dass hier sowohl die idealtypische Forderung nach affektiver Neutralität, wie jene nach Asymmetrie der Rollenbeziehung nur mit Hilfe von recht abenteuerlichen Konstrukten in der therapeutischen Realität Bestand hat. Die Asymmetrie besteht im Moserschen Beispiel wohl in erster Linie darin, dass er seine Gefühle reflektiert und zurücknimmt und dass die emotionale Prägung der Situation in den meisten Psychotherapien von seiten der Psychotherapeuten auf die jeweilige Therapiestunde begrenzt ist.

Kompliziert wird die Angelegenheit dadurch, dass die Natur und das Wesen der Übertragung und der Gegenübertragung seit ihrer Entdeckung umstritten sind. In seinem berühmten Aufsatz über die Übertragungsliebe macht Freud eindeutig klar, dass es sich dabei um wirkliche Gefühle handelt, die der Patient oder die Patientin in der geschützten Situation der Psychotherapie besonders intensiv auslebt. Einige psychotherapeutische Postulate um die Übertragung sind wohl eher Schutzmechanismen bzw. um in der Sprache der Psychotherapie zu bleiben, Abwehrmechanismen. Dazu gehört, dass in der Übertragungsliebe nicht der Therapeut persönlich gemeint sei, sondern in seiner Rolle als Therapeut. Dazu gehört auch, dass die Gegenübertragungsgefühle nur eine psychotherapeutische aber keine soziale Funktion hätten, dass sie gleichsam methodisch-technisches Medium seien, aber keine wirkliche Relevanz hätten.

Im Lauf der Siebzigerjahre hat es eine ganze Reihe von Grenzverschiebungen im Rahmen neuer Therapieverfahren gegeben, die die Frage nach der Möglichkeit der Aufrechterhaltung der Rollenforderung der Affektivität, Neutralität noch schärfer stellen. Gemeint sind die Encounter-Groups, die Gruppen-Marathons, die sogenannten Sensitivity Trainings, Gestalttherapie und vielfältige andere Formen von Gruppentherapie, in denen die Vermischung von persönlichen und therapeutischen Beziehungen in Kauf genommen bzw. gefördert wurde. Man kann natürlich die Frage stellen, inwieweit es sich dabei noch um therapeutische Beziehungen gehandelt hat. Aber dies scheint mir eher eine normative Frage zu sein als ein Argument zur Lösung des Problems. In besonderer Schärfe spitzt sich das Problem zu, wo

Therapeuten sich selbst als Mittel zur Behandlung sexueller Störungen bei ihren Patienten einbringen (z.B. Shepard 1971) oder solche Interventionen empfehlen. Auch hier hilft das Argument nicht wirklich weiter, dass solche Verfahren inzwischen von der Gemeinschaft der Therapeuten geächtet sind. Man kommt nicht umhin, Jonathan Kerr (1994) zur Kenntnis zu nehmen, der im Zusammenhang mit Psychotherapien, die die Therapeuten-Patienten-Beziehungen gezielt in die Behandlung einbringen, von einer „höchst gefährlichen Methode“ spricht.

Der guten Ordnung halber sei angemerkt, dass die einsichts- und beziehungsorientierten Psychotherapien fünfzig Jahre nach Parsons (und Light) zunehmend lern- und systemtheoretisch begründeten Behandlungsverfahren weichen. Allerdings orientiert sich das in der Öffentlichkeit wahrgenommene Rollenmodell der Psychotherapeuten-Patienten-Beziehung nach wie vor an der Psychoanalyse und den verwandten einsichtsorientierten Verfahren. Das ist hilfreich, weil daran überdeutlich wird, dass die soziale Rolle des Psychotherapiepatienten von der des psychisch Kranken ebenso weit entfernt ist wie die des Psychotherapeuten von der des Psychiaters bzw. des Arztes. Das Dilemma des Psychiaters besteht darin, dass er beide Rollen ausfüllen muss. Weil die damit verbundene Spannung nur schwer auszuhalten ist, wenden sich zahlreiche Psychotherapeuten von der klassischen Psychiatrie ab. Das hat eine gewisse Konsequenz, zumal das Rollenmodell der psychisch Kranken auch für die meisten Psychotherapiepatienten unangemessen ist. Für sie käme eher ein pädagogisch-psychologisches Modell im Sinne Eriksons (s.u.) in Betracht. Denn die Voraussetzung für eine Psychotherapie ist gemeinhin ein hohes Mass an Kooperationsfähigkeit. Wir müssen uns deshalb damit konfrontieren, dass es aus soziologischer Sicht zwei Kategorien von Menschen mit psychischen Störungen gibt. In der therapeutischen Realität bildet sich das längst ab: Wir reden da gemeinhin von Zwei-Klassen-Psychiatrie, ohne dass wir uns der soziologischen Hintergrund bewusst sind.

Soziale Ungewissheit und psychische Störung. Kai Erikson über das zentrale Dilemma der psychisch Kranken

Kai Erikson, Soziologe und Sohn des berühmten dänisch-amerikanischen Psychoanalytikers Erik H. Erikson, hat sich immer wieder mit der Soziologie abweichenden Verhaltens befasst. Am bekanntesten wurde seine Untersuchung über Puritanismus und abweichendes Verhalten am Beispiel des Hexenwahn in Salem, Massachusetts (1966; dt. 1978). Bereits ein Jahrzehnt zuvor (1957; deutsch 1972), ein Jahr zuvor, hatte er sich unter dem Aspekt von psychischer Krankheit als abweichendem Sozialverhalten über die Besonderheiten der sozialen Rolle psychisch Kranker Gedanken gemacht, nachdem er einige Zeit als teilnehmendeer

Beobachter in einer kleinen psychiatrischen Privatklinik an der Ostküste verbracht hatte.

Für ihn ist deren Situation durch Unsicherheit und soziale Ungewissheit gekennzeichnet. Für ihn bleibt die Patientenrolle diffus. Sie vermittelt nicht jene Orientierung, die Parsons für die körperlich Kranken postuliert und (1958) für die psychisch Kranken ableitet. Für diese wird die Zuerkennung der Krankenrolle aus Eriksons Sicht vielmehr zu einem schwer auflösbaren Dilemma.

Die Gründe dafür sind vielschichtig. Einer der wichtigsten besteht seines Erachtens darin, dass die Soziologen als Experten für abweichendes Sozialverhalten sich im Allgemeinen mehr mit den Rollenerwartungen als mit deren Erfüllung beschäftigt haben. Sie hätten häufig übersehen, in welchem Ausmass der Einzelne die Erwartungen an ihn aktiv gestalten, ja manipulieren könne. Das geschehe beispielsweise, indem er so hartnäckig auf der Erfüllung bestimmter Verhaltensmuster bestehe bis die Gesellschaft Bereitschaft zeige, diese einer neuen Rollendefinition zugrunde zu legen. Der Aufnahme eines Patienten in ein psychiatrisches Krankenhaus beispielsweise folge ein solcher Prozess, vor allem wenn dieser nicht mit einer abschliessenden Diagnose zwangseingewiesen werde:

„Nachdem er sich mit der Krankenhausaufnahme einverstanden erklärt hat, sieht der Patient sich in einem divergierenden System von Verhaltenserwartungen gefangen: Auf der einen Seite steht der Anspruch der Psychiatrie, dass er sich ohne Vorbehalt behandeln lasse; auf der anderen Seite eine Gesellschaft, die oft nicht Willens ist, seine Bereitschaft dazu zu honorieren. Er hat daher keine konsistente und dauerhafte soziale Rolle; ihm fehlen klare soziale Verhaltensmodelle. Auf diese Weise veranlasst die Logik der psychiatrischen Institutionen die Patienten oft zum Versuch, durch Manipulationen in der Rolle anerkannt zu werden, die diese Gesellschaft dem körperlich Kranken zuweist – wobei stillschweigend vorausgesetzt wird, dass diese psychiatrischen Patienten zusteht. Der psychisch Kranke muss seinen Anspruch auf diese konventionelle Krankenrolle erst nachweisen und dabei seine Krankheit als Mittel benützen. Er muss sie so demonstrieren, dass andere sie als legitim anerkennen. Dabei muss er vielleicht sogar jene Verhaltensmerkmale

übertreiben, die den körperlich Kranken für seine Rolle qualifizieren. Das führt oft zur Verschlimmerung oder zur Chronifizierung seines Zustandes.“

Das Dilemma

Mit anderen Worten, psychisch Kranke sehen sich in einem Dilemma, das leicht zu einer Falle werden kann. Die Widersprüche beginnen mit der Übernahme der Krankenrolle, mit der die psychisch Kranken ihre Bereitschaft zur Kooperation in einer therapeutischen Partnerschaft erklären. Dabei gilt ihre Unfähigkeit zu adäquatem Realitätsbezug weithin als charakteristisch für ihre Krankheit, so dass ihr Verhalten unter dem Zwang dieser paradoxen Erwartungen „durch eine seltsame Mischung von Aktivität und Passivität gekennzeichnet ist, ein Mosaik von Handlungsabläufen, die ihre Leistungsunfähigkeit bekräftigen bzw. ihre Hilflosigkeit demonstrieren.“

Der folgende Auszug aus einer Krankengeschichte belegt das:

„Der Patient weiss nicht, ob er seine Symptome zeigen oder unterdrücken soll, ob er sich gehen lassen und seine Impulse ausagieren oder aktive Selbstkontrolle ausüben und sich zusammenreissen soll. Wenn er ersteres tut, hat er Angst, er sei psychotisch; und man werde glauben er sei zu krank für die offene Abteilung. Wenn er letzteres tut, fürchtet er, man könne ihn für einen Simulanten halten und meinen, er sei zu gesund, um die Fortsetzung der Behandlung zu rechtfertigen. Er weiss nicht, was er von sich selber, von anderen Patienten, von seiner Krankheit, von anderen Leuten, seiner Bekanntschaft oder von seinem Therapeuten erwarten soll.“

Es gibt keinen verlässlichen Orientierungsrahmen, weil es keine eindeutig definierte, für alle beteiligten erkennbare Psychisch-Kranken-Rolle gibt. So kommt es, dass eine „wirkliche Krankheit, für die man nichts kann“ zum kostbarsten Gut wird, das psychisch Kranke einzubringen haben, wenn sie mit der Gesellschaft um die Zuweisung einer stabilen Patientenrolle ringen:

„Als wirklich krank zu gelten, ist ihr wichtigster Trumpf beim Streben nach Gleichstellung und Gleichberechtigung mit den körperlich Kranken. Als „wirklich krank“ anerkannt zu werden, ist deshalb von erheblichem sozialen Wert für sie. Die Konsequenz kann die fatale Logik sein, dass die soziale Situation des Patienten besser strukturiert ist, wenn er seiner Krankheit nachgibt (als wenn er versucht, sie zu überwinden), und dazu beiträgt, eine inoffizielle Krankenhausstruktur zu schaffen, die die Verewigung des Patientendaseins begünstigt.“

Dies wäre in der Tat fatal. Es würde den erklärten Zielen psychiatrischer Behandlung entgegenlaufen, und die gesellschaftlichen Kontrollmechanismen unterlaufen, die gerade auch der Rollenzuweisung innewohnen. Es würde den Kranken schaden, statt ihnen zu helfen zu gesunden. Das hängt natürlich auch mit der Unschärfe der Definition psychischer Krankheit und ihrer Wahrnehmung in der Öffentlichkeit zusammen. „Der Durchschnittsbürger ... ist immer noch nicht imstande, sich vorzustellen, dass ein Mensch psychisch krank sein kann und trotzdem nicht „vollständig den Verstand verloren“ haben muss.“

Erikson zitiert in diesem Zusammenhang Shirley Starr (1956), für die die Öffentlichkeit drei Vorbedingungen für die Anerkennung von psychischer Krankheit erwartet:

- „Zeichen eines Zusammenbruchs des Intellektes,
- inadäquates Verhalten und den
- Verlust der Rationalität,

so dass „jenes Verhalten, das psychische Krankheit genannt wird, mit einem schwerwiegenden Verlust von Selbstkontrolle einhergeht, der gewöhnlich zur gemeingefährlichen Gewalttätigkeit führt, gewiss aber soweit, dass man nicht mehr für seine Handlungen verantwortlich ist.“ (Starr 1956)

Bei weniger gravierenden Störungen herrsche in der Öffentlichkeit die Auffassung, dass solche Zustände keine „wirklichen Krankheiten“ seien. Als Kriterium gelte offenbar: „Wenn man wieder gesund werden könne, handle es sich nicht um eine

legitime psychische Krankheit. Der Psychiater behandle seine Patienten also auf dem Hintergrund einer generellen Unsicherheit der Öffentlichkeit, wenn diese ihm nicht gar offen misstrauen. Er habe keinen Anteil am Privileg der übrigen Ärzte, seinen Patienten einfach die Krankenrolle zuweisen. Er könne nicht darauf vertrauen, dass die Umwelt der Patienten sein Urteil akzeptiert.“

Anders als Parsons zieht Erikson daraus die Schlussfolgerung, Verhalten zu kontrollieren, als unberechenbar und gefährlich einer verschärften sozialen Kontrolle unterworfen. Die Privilegien, die sonst mit der Krankenrolle dass psychisch Kranke oft nichts gewinnen, wenn sie die Krankenrolle akzeptieren. Entweder würden sie nicht als „wirklich krank“ anerkannt; oder sie würden, als unfähig ihr verbunden sind, werden in ihr Gegenteil verkehrt. Das Dilemma der psychisch Kranken wird dadurch verschärft, dass die Krankenrolle wie Parsons sie definiert, eine Durchgangsrolle ist. Sie ist leicht zu erwerben und leicht wieder aufzugeben. Bei psychisch Kranken aber ist beides nicht ohne weiteres der Fall. Wenn sie erst einmal als krank anerkannt sind, sehen sie sich „mit der weit verbreiteten Überzeugung konfrontiert, dass psychische Störungen, die zu Recht als Krankheiten aufgefasst werden, nicht völlig geheilt werden können.“

Die Versuchung

Für den psychisch Kranken tut sich deshalb eine Falle auf:

„Er muss als akut krank gelten, wenn er in seiner Rolle als Kranker akzeptiert werden will; zugleich muss er seine verbleibenden Kräfte darauf verwenden, seine Krankheit zu bekämpfen. Er kann dieses Dilemma lösen, indem er den Kampf einfach aufgibt und sich für immer hinter seiner Krankheit versteckt. Die Versuchung, das trotz sozialer Missbilligung zu tun – vielleicht sogar deswegen! – kann ... sehr gross sein.“

Daraus erwächst ein weiteres Problem der Psychiatrie. Die gleichen Bedingungen, die optimal für die Behandlung sind, können soziale Merkmale haben, die das

Fortdauern der Krankheit begünstigen. Angesichts der hohen Wiedererkrankungsraten und des andauernden Kampfes der Psychiater gegen Chronifizierung, ist aus der Sicht Eriksons die Gefahr nicht zu übersehen, dass die psychisch Kranken eine Lebensaufgabe darin finden könnten, die klassische Krankenrolle zu erwerben, die die Psychiatrie für sie fordere:

„Es ist wichtig zu erkennen, dass die Neigung des Patienten, sich als Objekt der Medizin zu sehen, und symbolisch die damit verbundenen Privilegien zu fordern, von der Psychiatrie ausgelöst und unterstützt werden, die selber noch um ihre Anerkennung innerhalb der Medizin ringt. Praktisch jeder in der Psychiatrie verwandte Begriff, möge er sich auf den Patienten, die Behandlung oder die Krankenhausorganisation beziehen, ist der Organmedizin entlehnt. Ein grosser Teil der Psychiatrie orientiert sich an allgemeinmedizinischen Modellen. Die Einrichtungen zur Behandlung psychisch Kranker sind oft die gleichen wie im allgemeinen Krankenhaus. Für den Psychiater mag das grösstenteils einer Angelegenheit von Zweckmässigkeit und Ausbildung sein. Für den Patienten jedoch steht dahinter die stillschweigende soziale Logik: Da der Rahmen der gleiche ist, ist es nur sinnvoll, wenn er die gleichen Vorstellungen von seiner Krankheit hat, wie jeder andere Patient auch.“

Legitimität und Sprache

Wichtiger noch seien die Begriffe, mit denen Psychiatrie und Kranke psychische Mechanismen bezeichnen. Sie spiegelten vor, sie seien etwas ähnliches wie anatomische Organe. Bei der Konstruktion eines funktionsfähigen Modells der seelischen Prozesse habe die Tendenz bestanden, sich die menschliche Psyche mit Hilfe von verwickelten Strukturanalogien vorzustellen. Angefangen habe das mit Freuds Verwendung topographischer Begriffe. Fortgesetzt habe es sich mit einer ganzen Literatur, die das „Ich“ einem Gebäude oder einer Maschine gleichsetze und seine Störung im Versagen von Stützpfählern, der Schwächung oder dem Zusammenbruch von Fundamenten usw. sehe. Solche Analogien könnten sehr wohl dem Bedürfnis der Psychiatrie dienen, dynamische Prozesse zu ordnen. Aber sie

förderten zugleich die Tendenz der Patienten, ihre Krankheit einer quasi organischen Struktur oder Substanzschädigung zuzuschreiben.

Erikson meint, wir sollten uns deshalb nicht wundern, wenn die Patienten solche Analogien ernst nehmen und die Behandlung mit einer passiven Grundhaltung beginnen, wenn sie kommen um „repariert zu werden“.

In seinen Überlegungen zur Überwindung des Dilemmas der psychisch Kranken ist Erikson bemerkenswert aktuell. Gemeinhin werde vorgeschlagen, die Kluft zwischen der Einstellung der Öffentlichkeit und der professionellen Sichtweise durch Aufklärungsmassnahmen zu überwinden, um auf diese Weise Verständnis für die Realitäten der Psychiatrie zu erreichen und eine konsistente Patientenrolle für die psychisch Kranken durchzusetzen.

Als Soziologe meint er jedoch, zwei Dinge seien zu berücksichtigen: Zum einen sei fraglich, ob die Psychiatrie ihren Interessen und jenen der psychisch Kranken diene, wenn sie ihren Anspruch auf die konventionelle Krankenrolle durchsetze. Diese basiere auf einer scharfen Trennungslinie zwischen dem Gesunden und Kranken, die es bei psychischen Störungen in dieser Form nicht gebe. Für die psychisch Kranken könne es von Nachteil sein, eindeutig auf die Krankenrolle mit ihren Privilegien, aber auch mit ihren vielfältigen Pflichten, festgelegt zu sein und dadurch eindeutig aus der Gemeinschaft der Gesunden ausgeschlossen zu werden. Viele Menschen mit psychischen Störungen hätten so viele gesunde Anteile, dass sie zwar besonderer sozialer Nachsicht bedürften, dass es jedoch schädlich für sie sein könne, wenn sie allzu eindeutig von den normalen sozialen Pflichten befreit und damit auch von bestimmten sozialen Rechten ausgeschlossen würden.

Zum anderen stelle sich die Frage, ob eine Psychiatrie, die immer breitere gesellschaftliche Bereiche in Beratung und Prävention erfasse, mit Recht von sich behaupten könne, sie sei und bleibe ideologisch ein Zweig der Medizin.

Die Skepsis der Öffentlichkeit gegenüber der Psychiatrie als einem Teilgebiet der Medizin sei eben nicht einfach die Folge von Unwissenheit und emotionaler Ablehnung. Sie stütze sich weitgehend auf Tatsachen und spreche für eine gesunde

Logik der öffentlichen Wahrnehmung. So werde weder die Analogie von psychischer und körperlicher Krankheit ersichtlich, noch jene von medizinischer und psychiatrischer Therapie. Daraus müssten zwangsläufig Zweifel an der Legitimität der Zuerkennung der Krankenrolle an Menschen mit psychischen Störungen folgen.

„Denn die Rolle des Kranken ist von der Gesellschaft geschaffen worden, um dazu beizutragen, den funktionalen Zusammenhang sozialer Prozesse aufrecht zu erhalten. Es ist eine provisorische Rolle. Sie setzt sich stillschweigend ein Ablaufdatum voraus, das wenigstens vage umschrieben sein muss. Für die Umgebung des Patienten ist es daher von entscheidender Bedeutung, ob er nach einem begrenzten Zeitraum der Befreiung von seinen sozialen Pflichten verlangt, um sich von seiner Krankheit zu erholen, oder ob er einen Blankoscheck für eine psychiatrische Behandlung von ungewisser Dauer und ungewissem Ausgang nachsucht. Denn dadurch ändert sich die Grundbedeutung der Krankenrolle für die soziale Gruppe, die ihre Geltung sanktioniert.“

Da dies bislang nicht der Fall sei, sei es klar, „dass in der Zwischenzeit die fortgesetzten Versuche der Psychiatrie, bei der Behandlung psychischer Krankheiten medizinische Werte anzuwenden in der Fortdauer der Unsicherheit des Patienten resultieren.“

Psychiatrische Therapie als Lebensschule

Erikson regt an, die Psychiatrie möge ihre Haltung überdenken und eine realitätsgerechte Position für die psychisch Kranken in der Gesellschaft verlangen, die sich weniger auf Ansprüche der Medizin verlasse und die soziale Wirklichkeit stärker beachte, die dem Widerstand der Öffentlichkeit gegen die Ideologie der psychiatrischen Praxis zugrunde liege.

Ansatzpunkte dafür wären die Rehabilitations- Reeducations- und Resozialisierungsverfahren, die in der psychiatrischen Behandlung eine zentrale Rolle spielten, Entwicklung und Training und, in der Gegenwart, Psychoedukation und sogenannte störungsspezifische Therapieverfahren, die sich nicht so sehr auf

die Reintegration der Ich-Prozesse sondern auf intellektuelle und einsichtsorientierte Lernverfahren, letztlich auf eine Verbindung von Psychotherapie und Pädagogik stützen. Soziologen seien zwar nicht für die Behandlung von psychisch Kranken verantwortlich. Aber sie könnten die Vorstellungen der Kliniker vom therapeutischen Milieu, das sie für ihre Patienten schaffen, durch Konzepte der Sozialwissenschaften schärfen. Dies gelte besonders dort, wo solche Konzepte dazu beitragen, die die Patienten wie die Psychiatrie auf dem Hintergrund der kulturellen Zusammenhänge und des sozialen Lebens zu sehen.

„Es ist Aufgabe des Soziologen darauf hinzuweisen, dass die Gesellschaft jedesmal die soziale Diagnose des veränderten Status eines ihrer Mitglieder stellt, wenn der Psychiater aufgrund seiner klinischen Diagnose dessen Behandlungsbedürftigkeit festgestellt hat. Während der Kliniker darauf bestehen muss, dass die Behandlung die sich anschliesst und der Rahmen innerhalb dessen sie stattfindet der Eigendynamik der Krankheit des Patienten Rechnung tragen muss, betont der Soziologe, dass der Erfolg der Behandlung auch von der Berücksichtigung der sozialen Wirklichkeit des veränderten Status des Kranken abhängt.“

Parsons und Erikson: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Krankenrolle, wie Parsons sie umschreibt, ist ein gesellschaftliches Privileg. Sie entbindet die Kranken für die Dauer ihrer Krankheit von bestimmten Pflichten und Aufgaben, ohne dass ihnen dies negativ zugerechnet wird. Voraussetzung dafür ist, dass die Kranken „nichts dafür können“, dass sie ihr Leiden nicht mutwillig oder grob fahrlässig herbeigeführt haben, dass sie alles in ihrer Macht stehende dazu beitragen, ihren Zustand baldmöglichst zu überwinden und dass ihr Leiden von begrenzter Dauer ist. Die Krankenrolle orientiert sich eindeutig und einseitig an den körperlich Kranken. Ihre Übertragung auf psychisch Kranke und psychische Krankheit ist problematisch. Sie ist, wenn man Erikson folgt, in mancher Hinsicht prekär, ja kontraproduktiv. Ihre Übernahme kann – zum Teil erhebliche – negative Folgen für die psychisch Kranken haben.

Bei Parsons wird dies nicht so deutlich wie bei Erikson. Das hängt auch damit zusammen, dass ersterer sich in seinen Überlegungen unausgesprochen auf psychosomatische Störungen, psychische Fehlentwicklungen (Neurosen) und Konfliktreaktionen bezieht, Störungen die der Psychotherapie zugänglich sind – und erst nachrangig psychiatrische Störungen. Deshalb kann er schreiben: „Die Bedeutung der gegenseitigen Durchdringung somatischer und psychischer Aspekte ist jedoch so gross, dass empirisch keine scharfe Grenze zwischen Ihnen gezogen werden kann.“

Dennoch ist auch für ihn klar, dass Unterschiede bestehen, dass nämlich bei psychischen Krankheiten nicht so sehr die Schwierigkeiten der Aufgabenerfüllung wie solche der Rollenerfüllung und was--gravierender ist, was Parsons aber nicht erwähnt--bei psychotischen Störungen solche der Erkennung von Rollenerwartungen. Beides hat unmittelbare Folgen für die angemessene Erfüllung der Krankenrolle selber.

Psychisch Kranke können, beispielsweise durch Störungen des Handelns und des Wollens im Rahmen ihrer Psychose darin beeinträchtigt sein, in angemessener Weise Hilfe zu suchen, oder Angebote von Hilfe anzunehmen. Sie können darin beeinträchtigt sein therapeutische Beziehungen aufzunehmen oder durchzuhalten;

und bei vielen von Ihnen ist ungewiss, wie lange die Krankheit dauern wird, ist aufgrund ihrer Diagnose nicht ohne weiteres ein definitives Ende abzusehen.

Auch unter dem Aspekt der sozialen Kontrolle, die vorrangig über soziale Normen und Rollenverpflichtungen und über die „Moralität“ die Bindung der Mitglieder and die Wertvorstellung der Gesellschaft ausgeübt wird, können angesichts der „Störung der Gesamtperson“ Schwierigkeiten auftreten. Kranke, die im Rahmen einer Psychose soziale Werte oder gesellschaftliche Moral anders begreifen als zu gesunden Zeiten (und als von der Gesellschaft gefordert), fallen gleichsam aus der Rolle. Die „vollständige Verrücktheit“ ist in dem Kategoriensystem, das die Krankenrolle begründet, nicht vorgesehen.

Ein weiteres Problem, das bei Erikson eine zentrale Rolle spielt, ist bei Parsons allenfalls angedeutet. So wie die psychisch Kranken Schwierigkeiten haben können, die Krankenrolle wahrzunehmen, anzuerkennen und in angemessener Weise zu erfüllen, hat die Öffentlichkeit, hat die Gesellschaft nicht nur Schwierigkeiten psychische Störungen zu erkennen und als Krankheit anzuerkennen sondern auch zu akzeptieren, dass die Betroffenen nicht für ihren Zustand verantwortlich sind, dass sie ihn nicht durch ihren Lebenswandel, durch ihr soziales Verhalten selber herbeigeführt haben.

Parsons zieht in diesem Zusammenhang einen Vergleich zur Religion: Für die Erbsünde sei der einzelne Mensch nicht verantwortlich, für die individuelle Sünde, sehr wohl. Ähnlich könne es bei einzelnen Krankheiten sein. Hier geraten psychische Störungen als erste ins Blickfeld. Für Aussenstehende ist es keineswegs auf den ersten Blick verständlich, dass Depressive, Angstkranke aber auch Psychosekranken in bestimmten Stadien ihres Leidens nicht können oder nicht wollen können, dass entsprechend nicht von ihnen nicht verlangt werden kann, dass sie sich zusammenreißen, oder dass sie sich gefälligst Mühe geben ihre Aufgaben und ihre sozialen Verpflichtungen zu erfüllen.

Rollenprivilegien und Stigma

Weil die Krankenrolle mit Privilegien verbunden ist und weil nach Parsons die Gefahr „von bestimmten Formen gegenseitiger Beeinflussung und Assoziierung mit Nichtkranken“ bestehe, weil Krankheit „motivationsmässig wie bakteriologisch“ ansteckend sein könne, seien rasche Sanktionierungen des Missbrauchs der Krankenrolle notwendig. Das sei nicht nur für das „Motivationsgleichgewicht“ der Kranken selber wichtig, sondern auch zur Stärkung der Motivation der Gesunden, nicht krank zu werden, indem sie Muster bestimmter Formen abweichenden Verhaltens übernähmen.

An dieser Stelle bringt Parsons den Begriff des Stigma in die Diskussion. Das entsprechende Zitat sei hier wegen seiner Bedeutung in verkürzter Form noch einmal wiederholt: „Die Stigmatisierung der Krankheit ist eine Bestätigung der positiven Bewertung der Gesundheit ... und ein gegen die Versuchung zur Krankheit gerichteter Einfluss Damit wird verhindert, dass der Kranke ein Vorbild liefert, das für andere eine Versuchung zur Nachahmung darstellen könnte.“

Dieser von Parsons unterstellte und postulierte positive Charakter der Stigmatisierung ist meines Wissens bislang in den Diskurs um die Bekämpfung der Stigmatisierung psychisch Kranker nicht eingegangen.

Ein weiterer Aspekt der Parsonsschen Überlegungen für die weitere Diskussion ist seine Hervorhebung der „Abhängigkeitskomponente“ als positiven Faktor in der psychiatrischen Therapie: In dem der Kranke als hilfsbedürftig definiert und in Beziehung zu therapeutischen Instanzen gebracht werde, gerate er durch die Krankenrolle in Abhängigkeit von Personen, die nicht krank seien. Dadurch werde ihre Motivation zur Gesundung gestärkt--zumal der therapeutische Prozess aktive Arbeit des Patienten erfordere, zumal er keineswegs abhängiges Objekt der Behandlung durch das therapeutische Personal sei.

Für Parsons ist wichtig, dass die Abhängigkeitskomponente konstruktiv für das therapeutische Muster verwendet wird, gleichsam im Sinne einer Wiederholung der Sozialisationserfahrung in der Kindheit. Durch die „Übertragung“ könne sie als Motivationsbasis für die therapeutische Arbeit verwendet werden und schliesslich zur Überwindung der Abhängigkeit selbst führen, „in dem sie durch Anpassung an die

Grundbedingungen des biologischen und psychologischen Zustandes des Patienten Fuss fasst“ und die Heilung durch aktive Arbeit vorantreibt.

In der Zusammenschau sieht Parsons auch in der Zuerkennung der Krankenrolle an psychischkranke vor allem positive Aspekte. Lediglich das Problem der sozialen Kontrolle scheint ihm grössere Schwierigkeiten zu bereiten als bei körperlich Kranken. Unter anderem hält er deswegen die Stigmatisierung für gesellschaftlich notwendig. Nachteile oder gar Gefahren für die Kranken durch die Zuweisung der Rolle, die Konfrontation mit den damit verbundenen gesellschaftlichen Erwartungen sieht er, anders als Erikson, nicht.

Das Dilemma der sozialen Ungewissheit

Dieser arbeitet in seiner Untersuchung, wie oben dargestellt, eher negative Aspekte heraus. Er sieht die psychisch Kranken in einer Situation der sozialen Ungewissheit, die durch die Krankenrolle eher verstärkt als gemindert werde. Sie sei inkonsistent und widersprüchlich und führe die psychisch Kranken in ein wahres Dilemma. Es beginnt mit der Übernahme der Krankenrolle, zwingt ihn zur Manipulation, führt ungünstigenfalls zu einer Verschlimmerung seines Zustandes und zu einer Chronifizierung seiner Krankheit--schlimmstenfalls mit dem Ergebnis einer definitiven Ausschlussung aus der Gemeinschaft der Gesunden.

Aus Eriksons Sicht hängt das vorrangig damit zusammen, dass die soziale Rolle der psychisch Kranken diffus und kaum eindeutig – und konsensfähig – definierbar ist. Erikson stützt sich bei seinen Überlegungen auf Beobachtungen, die er anlässlich einer Untersuchung in einer kleinen privaten psychiatrischen Klinik gemacht hat. Das Dilemma des psychisch Kranken beginne bereits bei der Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus. Anders als die körperlich Kranken müssten sie ihren Anspruch auf die konventionelle Krankenrolle erst nachweisen und dabei ihre Krankheit als Mittel verwenden.

Öffentlichkeit und Gesellschaft seien keineswegs bereit, die durch Psychiater oder Psychiatrie zugeschriebene Krankenrolle ohne weiteres zu akzeptieren. Es gebe

keinen verlässlichen Orientierungsrahmen, weil es keine eindeutig definierte, für alle Beteiligten erkennbare psychische Krankenrolle gebe. So komme es, dass eine „wirkliche Krankheit, für die man nichts kann“ zum kostbarsten Gut werde, das psychisch Kranke einzubringen hätten, wenn sie mit der Gesellschaft um die Zuweisung einer stabilen Patientenrolle ringen. Das aber sei eine Falle, weil die Öffentlichkeit drei Vorbedingungen für die Anerkennung psychisch abweichenden Verhaltens als Krankheit stelle: Zusammenbruch des Intellekts, inadäquates Verhalten und Verlust der Rationalität.

Um als psychisch krank anerkannt zu werden muss er als ein Verhalten zeigen, dass „mit einem erheblichen Verlust von Selbstkontrolle einhergeht, der zur gemeingefährlichen Gewalttätigkeit führt, gewiss aber soweit, dass man nicht mehr für seine Handlungen verantwortlich ist (Starr 1956). Die Kranken müssen also einen Zustand zeigen, dem entspricht, was wir als für Fachleute als diskriminierende und stigmatisierende Vorurteile gegenüber psychisch Kranken bekämpfen.

Da die meisten psychisch Kranken, auch im psychiatrischen Krankenhaus, sich nie in einem solchen Zustand befinden müssen sie sich nach Eriksons Auffassung so oder so ähnlich verhalten, um nicht als Simulanten oder Drückeberger in Schimpf und Schande der Privilegien der Krankenrolle entgleitet zu werden. Mit anderen Worten: Sie müssen sich kränker geben als sie sind. Sie müssen schlimmstenfalls den „Verrückten“ spielen, auf jeden Fall aber übertreiben.

Da sie aber gleichzeitig im Sinne der Krankenrolle ihre Bereitschaft und ihre Fähigkeit demonstrieren müssten, in eine konstruktive therapeutische Beziehung einzutreten, treten sie in eine seltsame Mischung von Aktivität und Passivität ein, in ein Mosaik von Handlungsabläufen, die ihre Leistungsunfähigkeit bekräftigen bzw. ihre Hilflosigkeit demonstrieren. Wenn sie das nicht tun, laufen sie Gefahr, aus ihrer Sicht vorzeitig die Privilegien der Krankenrolle zu verlieren, obwohl sie sich nicht leistungsfähig fühlen und es auch nicht sind. Wenn sie übertreiben, laufen sie Gefahr, auf eine geschlossene Station verlegt zu werden und schlimmstenfalls isoliert oder einer Elektrokrampftherapie unterzogen zu werden. Damit tut sich eine Falle auf. Ich wiederhole das entsprechende Zitat Eriksons:

„Er muss als akut krank gelten, wenn er in seiner Rolle als Kranker akzeptiert werden will; zugleich muss er seine verbleibenden Kräfte darauf verwenden, seine Krankheit zu bekämpfen. Er kann dieses Dilemma lösen, in dem er den Kampf einfach aufgibt und sich für immer hinter seiner Krankheit versteckt. Die Versuchung, dass trotz sozialer Missbilligung zu tun – vielleicht sogar deswegen! – kann ... sehr gross sein.“

Schnee von gestern?

Man könnte nun argumentieren, dies sei alles Schnee von gestern. Erikson hat seinen Aufsatz 1957 publiziert; und die Psychiatrie von heute habe mit jener von damals nichts zu tun. Auch die Öffentlichkeit sei heute sehr viel aufgeklärter. Die heutige Gesellschaft halte sehr wohl eine präzis definierte Krankenrolle für Menschen mit psychischen Störungen vor.

Das Gegenteil ist richtig. Die Psychiatrie mag sich verändert haben, die psychiatrischen Institutionen, die Krankheitsklassifikationen, die Behandlungsverfahren; alles das ist richtig. Aber das Rollendilemma ist unverändert. Vielleicht sind weniger Kranke davon betroffen, weil die Anstalten kleiner, die Kliniken medizinischer geworden sind, weil die Verweildauer sich verkürzt hat. Sicher sind es andere Kranke. Es sind nicht mehr die Schizophreniekranken, die halb resigniert halb dazu genötigt in den Langzeitabteilungen der Grosskrankenhäuser verdämmern.

Aber wir begegnen neuen Kranken, auch neuen chronisch Kranken, die früher nicht einmal in die Nähe eines psychiatrischen Krankenhauses gekommen wären: Menschen mit Essstörungen, mit Angststörungen, mit Persönlichkeitsstörungen, vor allem vom sogenannten Borderline Typ (Störungen der Impulskontrolle), Menschen die sich selbst verletzen. Und wenn wir unseren Patientinnen und Patienten sorgfältig zuhören, begegnen wir den von Erikson geschilderten Verhaltensmustern in mehr oder weniger ausgeprägten Formen immer wieder von neuem in unserem Alltag:

Beispiel

Eine junge Frau präsentiert an jedem Tag ihres Aufenthaltes in der Klinik neue Beschwerden. Mal tut ihr der Kopf weh, mal ist sie verstopft, mal hat sie Durchfall, mal hat sie Nierenschmerzen, mal kann sie nicht schlafen, mal schläft sie zu lange, mal geht es ihr „irgendwie nicht gut“, mal ist ihr das ganze Leben zuwider, mal bringt ihr das alles nichts; und sie will halbherzig die Klinik verlassen. Irgendwann wird es ihrem Bezugstherapeuten zuviel und sagt sichtlich verärgert: „Den Tag, an dem Sie keine Beschwerden haben, möchte ich einmal erleben!“ Die prompte Antwort der Patientin: „An dem Tag würde mich niemand hier mehr beachten“.

Es gibt eine Reihe von Dingen, die wir uns im Zeitalter der neuen nominalistisch und störungsspezifisch orientierten Psychiatrie und psychiatrischen Therapeutik fragen müssen. Die wichtigste: Könnte es sein, dass wir bei bestimmten PatientInnengruppen im Eriksonschen Sinne zur Verschlimmerung der Leiden beitragen, zur Chronifizierung der Krankheiten, die zu behandeln wir beanspruchen? Ich meine es gibt Anhaltspunkte dafür, dass dies sehr wohl der Fall ist. Dass die Eriksonsche Interpretation des Rollenmodells helfen könnte, solche Situationen zu verstehen, zu bewältigen und vielleicht sogar präventiv zu vermeiden.

Es gibt eine Gruppe von Kranken bei der sich solche Überlegungen geradezu aufdrängen: Die zunehmende Zahl von PatientInnen und von Kranken, meist Frauen mit Persönlichkeitsstörungen, die oft nicht wegen des Grundleidens, sondern wegen selbstverletzenden Verhaltens zu uns kommen.

Vor dreissig Jahren habe ich solche Störungen nur in England gesehen. In Tübingen, wo ich meine Ausbildung erhielt, und in Wunstorf gab es sie nicht. Herrschende Meinung war damals, dass man Kranke mit Persönlichkeitsstörungen, vor allem solche vom Borderline Typ, möglichst nur zur Krisenintervention in die Klinik aufnahm, dass man die psychotherapeutische Behandlung aber nach Möglichkeit ambulant durchführt – ambulant, weil seit Tom Mains (1957) berühmter Arbeit „The Ailment“ – den Begriff Borderline gab es damals noch nicht – wusste, dass solche Patientinnen und Patienten jedes therapeutische Setting sprengen, dass das Agierpotential, dass daraus entwuchs, öfter als gelegentlich auf diese Patientinnen zurückfiel und zur Verschlimmerung ihres Leidens beitrug. Diese

Forderung – ambulante Behandlung bei Borderline-Syndrom wurde lange Zeit auch von Kernberg durchgehalten.

Destruktive Entwicklungen

Heute gibt es „störungsspezifische Therapien“ für alle diese Patientengruppen. Immer mehr psychiatrische Krankenhäuser richten Spezialstationen für sie ein und versammeln auf diese Weise gigantisches Potential an destruktiver Kraft.

Ich habe den Eindruck – und dieser ist keineswegs evidence-based – dass eine grosse Zahl jener Patientinnen, die sich schneiden und die sich brennen, es in stationären psychotherapeutischen Settings gelernt haben. Dass sie dort damit begonnen haben, dass sich ihr Verhalten dort chronifiziert hat. Es würde lohnen, dieser Frage einmal systematisch nachzugehen.

Sicher aber ist, dass ihr Verhalten eines jenes Dilemma reflektiert, das Erikson so plastisch beschrieben hat: Um die Psychisch-Kranken-Rolle zu erwerben, vor allem aber um sie zu behalten, müssen Symptome her, die auch den dümmsten Psychiater, auch die unaufgeklärteste Öffentlichkeit überzeugen: Schneiden und Brennen sind Ausdruck schweren psychischen Leidens; aber das ist oft nicht sichtbar.

Brandverletzungen und Schnittverletzungen aber beeindrucken jeden, auch wenn sie den Zorn der Behandelnden hervorrufen, vornehmer ausgedrückt, ihre negative Gegenübertragung. Dass solche Symptomatik im stationären psychiatrischen Setting gebessert wird, ist eher selten als üblich.

Deshalb ist die Frage angezeigt: Könnte es nicht sein, dass wir es hier mit einer Zuspitzung der Rollenproblematik zu tun haben, die zeitgeistgerecht ist, vor allem aber ein Ausdruck des von Erikson beschriebenen Dilemmas.

Die gleiche Frage gilt für bestimmte Patientinnen mit Essstörungen, vor allem solche mit Bulimie und dem sogenannten Binge-eating, Krankheiten, die es vor dreissig

Jahren noch nicht gegeben hat, von denen vor zwanzig Jahren kaum jemand gehört hat, deren Opfer heute aber ganze psychotherapeutische Abteilungen füllen.

Es gibt bösartigere Formen – bösartig in den Konsequenzen für die Opfer, die in solchen Fällen zugleich Handelnde sind. Am gravierendsten sind diese, wenn verbalisierte oder gestisch angedeutete Suizidgefährdung im Spiel ist. Der amerikanische Soziologe Light (1971) hat bereits vor vielen Jahren festgestellt, dass Suizid und Suizidgefährdung die Identität des psychotherapeutischen Psychiaters sprengen: Ziel aller Psychotherapie ist die Selbständigkeit, ist wie Parsons das formuliert, die letztendliche Unabhängigkeit des Kranken.

Die Drohung mit Suizid aber belastet die therapeutische Beziehung in hohem Masse; sie belastet sie mehr als gelegentlich über die Massen. Dann wird aus dem emanzipativen Psychotherapeuten der repressive Psychiater, der vor Zwangseinweisung und Verlegung auf die geschlossene Station nicht zurückschreckt. Diese oft unausweichliche Konstellation öffnet ein weites Feld für Aktionismus jeder Art. Patientinnen und Patienten, die sich nicht ernst genommen fühlen in ihrer Krankenrolle, sei es zu Recht oder zu Unrecht, treten auf diese Weise eine Lawine psychiatrischer Massnahmen und psychiatrischer Gewalt los, die ihnen nicht nur Anerkennung als „wirklich krank“ verschafft, sondern auch den scheinbar grosszügigen duldsamen Psychotherapeuten als schnöden Vertreter psychiatrischer Gewalt blossstellt.

Ich will nicht behaupten, dass solche Konstellationen immer etwas mit Rollenproblemen zu tun haben. Ich bin aber überzeugt davon, dass dies sehr viel öfter der Fall ist, als wir uns das bislang vorstellen. Und um das Mass vollzumachen: Es gibt Kranke - und therapeutische Systeme -, die in solchen Situationen in einen Strudel der Eskalation psychiatrischer Gewalt geraten, die in Isolation, in Fesselung und Zwangsmedikation, schliesslich in Zwangsernährung und erzwungener Zuführung von Flüssigkeit enden. Und keiner der Beteiligten, weder das handelnde Opfer noch die reagierende Psychiatrie schaffen es, diesem destruktiven Kreis zu entkommen. Ein eindrucksvolles Beispiel dafür erlebe ich gerade in diesen Tagen.

Beispiel

„Eine 24-jährige junge Frau mit dominanten Eltern und – allem Anschein nach – unauffälliger Kindheit und Adoleszenz hat die Matura gemacht und eine Ausbildung als Krankenschwester begonnen. Sie ist eine attraktive junge Frau mit einem kleinen aber stabilen Freundeskreis. Auffällig ist allenfalls, dass sie mit Anfang zwanzig nie eine Partnerschaft zu einem jungen Mann eingegangen ist. Mit 22 beginnt sie gierig zu essen und wieder zu erbrechen. Zuerst heimlich, dann sichtbar. Eine Bulimie wird diagnostiziert. Eine Psychotherapie begonnen. Es war eine Psychotherapie der besonderen Art, in einer Stadt 100 km von zuhause, tiefenpsychologisch orientiert, vier Stunden täglich und die junge Frau in einem Wohnheim, einer Art Internat lebt, dort aber ohne psychosoziale Betreuung. Diese Intensivbehandlung ist auf zwei Monate begrenzt. Sie bleibt erfolglos.

Anschliessend lässt sie sich in einer psychotherapeutischen Tagesklinik behandeln und wird, als sie dort suizidale Äusserungen und Gesten präsentiert, auf die geschlossene Station der zugehörigen psychiatrischen Klinik verwiesen. Nach mehrfachen Hin- und Rückverlegungen erfolgt dann die Behandlung auf einer psychiatrischen Allgemeinstation mit einem gegenläufigen Behandlungskonzept. Die Devise dort ist möglichst wenig Therapie. Möglichst wenig Psychotherapie. Psychosoziale Unterstützung, Wiedereingliederung in die Ausbildung von der Station aus. Es lässt sich gut an. Aber irgendwann erfolgen wieder Suizidäusserungen. Eine der ausgesprochenen Ankündigungen oder Drohungen ist so deutlich, dass der Nachtdienst auf der Abteilung die Verantwortung nicht übernehmen kann: Verlegung auf die geschlossene Abteilung; dort Wutausbruch, werfen von Gegenständen, Isolation, Zwangssedierung. Nach ein paar Tagen Rückverlegung auf die offene Abteilung; und dann beginnt das gleiche Spiel von vorn. Von da an wird sie jeweils am Morgen danach aus dem Isolierraum zur Arbeit ins benachbarte Krankenhaus geschickt; und das funktioniert über relativ lange Zeit. Schliesslich ist eine Entlassung in eine Wohngemeinschaft möglich.

Wenige Wochen danach erneute Aufnahme auf der geschlossenen Abteilung wegen suizidaler Gesten, nicht wegen Suizidversuchs. Erneut Isolation; dann

Verlegung auf eine andere , offene psychiatrische Allgemeinabteilung, wo eine ganz andere therapeutische Linie verfolgt wird: Tiefenpsychologische Psychotherapie; zugleich intensive neurologische Abklärung wegen des Verdachts auf ein Anfallsleiden, dass sich nicht bestätigt – immer enger werdende Gegenübertragungskonstellation mit der behandelnden Psychotherapeutin die soweit geht, dass diese anlässlich einer psychogenen Harnverhaltung die Katheterisierung der Patientin selber durchführt, obwohl dies auf der Abteilung als Krankenpflegeraufgabe gilt. Erneuter Suizidversuch. Erneute suizidale Gesten. Verlegung auf die geschlossene Station. Isolation, Zwangsmedikation, Zwangsinfusion.

Nach Intervention des leitenden Arztes Rückverlegung auf die ursprüngliche allgemeinspsychiatrische Station; Wiederaufnahme des Schemas minimal therapy. Diesmal macht die Patientin nicht mit. Nach wenigen Wochen organisiert sie für sich die Aufnahme in einer psychotherapeutischen Klinik in einem anderen Teil des Landes. Der neue Ansatz lässt sich gut an bis es erneut zu suizidalen Äusserungen und Gesten kommt.

Der Zirkelkreis beginnt von neuem. Aufnahme auf die geschlossene Abteilung einer auswärtigen Klinik, Verlegung in die Heimatklinik, dort Isolierung, Hungerstreik und Verweigerung von Flüssigkeitsaufnahme. Trotz Normalgewichts mit fehlenden Austrocknungserscheinungen (einschliesslich Hämatokrit), Zwangsernährung und Zwangszufuhr von Flüssigkeit und dauernde Isolierung.

Alles dies, bei einer Patientin, bei der keine schlüssige Diagnose gestellt worden ist. Aber die ICD-Kriterien einer Störung der Impulskontrolle vom Borderline Typ sind anwendbar. Also erhält sie diese Diagnose, zumal sie bei ihrer Irrfahrt durch die Institutionen noch angefangen hat sich zu brennen und zu schneiden.“

Normative Manipulation

Für mich ist Leidensgeschichte dieser jungen Frau, die keineswegs abgeschlossen ist, ein besonders drastisches Beispiel für das von Erikson behauptete Versagen der

Krankenrolle für Menschen mit psychischen Störungen, vor allem leichteren psychischen Störungen mit der subjektiv empfundenen Notwendigkeit die Rolle zu manipulieren, um eine „wirkliche Krankheit“ zuerkannt zu bekommen, für die man nichts kann mit all den furchtbaren Konsequenzen die ich oben geschildert habe. Parallel dazu das Versagen der Institution, die sich auf eine nominalistische Diagnose, auf eine individuelle Psychodynamik bei gleichzeitiger Vernachlässigung des institutionellen Rahmens und der sozialen Situation der Kranken. Innerhalb der Klinik gegenüber Therapeuten, Pflegenden und Mitpatienten sowie ausserhalb der Klinik gegenüber Angehörigen, Freunden, Arbeitgebern und der Öffentlichkeit sowie, und das sei nicht vergessen gegenüber den eigenen verinnerlichten sozialen Werten, der von Parsons so apostrophierten „Moralität“.

Gewiss ist die Berücksichtigung der Rollenproblematik nicht alles. Aber sie ist auch nicht nichts; und sie ist im Zeitalter der biologischen Psychiatrie jener Faktor unserer Arbeit, den wir am ehesten vernachlässigen.

Soziale Ungewissheit. Soziologische Analyse und praktische Konsequenzen

Vermittelt uns die soziologische Analyse Hinweise darauf, welche praktischen Konsequenzen wir ziehen können und müssen?

Erikson scheint diese Auffassung zu sein. Er empfiehlt der Psychiatrie, sich künftig weniger eng an der Medizin zu orientieren und stärker an der Pädagogik. Er verweist aus der Perspektive von 1957 auf bestimmte europäische Modelle, die sich dort bewährt hätten: Die Tagesklinik, Rehabilitationsprogramme und die therapeutische Gemeinschaft. Er begründet es auch damit, dass die Psychiatrie sich immer mehr ausbreite, dass sie den Anspruch stelle in vielfältigen Bereichen psychosozialer Beratung (einschliesslich Erziehungsberatung) mitzureden und Einfluss zu nehmen. Diese Überlegungen sind auf dem Hintergrund der amerikanischen Psychiatrieentwicklung der Fünfziger- und Sechzigerjahre zu sehen, in der die Psychoanalyse die Vorherrschaft gewann – um nicht zu sagen eine

Monopolstellung und in denen die präventive Psychiatrie Gerald Capplans nicht nur ungeheure Popularität erlangte sondern sich gleichzeitig anschickte, weite Bereiche der Gesellschaft in psychohygienische und präventive Programme einzubeziehen. Es reichte von der heute skuril anmutenden Empfehlung, allein erziehende Mütter sollten angehalten werden zu heiraten, damit ihre Kinder in einer „heilen“ Familie aufwachsen bis zur Empfehlung aller möglichen wichtigen Personen in Wirtschaft, Gesellschaft und Politik regelmässig präventiv psychiatrisch zu untersuchen, um die allgemeine psychische Gesundheit zu fördern und Schaden von der Gesellschaft abzuwenden. Solche Anflüge psychiatrischen Größenwahns sind heute überwunden. Die Beherrschung durch die Psychoanalyse ist überwunden. Die gesellschaftliche Durchdringung ist durch das psychoanalytische Denken deutlich abgeschwächt, in Ansätzen allerdings weithin noch vorhanden. Zugleich haben die psychosozialen Aspekte der Psychiatrie an Bedeutung verloren, zumindest auf den ersten Blick, obwohl Psychologie und Sozialpädagogik manche ursprünglich psychiatrischen Ideen in den wuchernden psychosozialen Bereich in Frühpädagogik und Jugendhilfe in die Schulen und sogar in den Strafvollzug hinaus getragen, dort verankert und weiterentwickelt haben. Sie haben das unter Verzicht auf die Krankenrolle getan. Sie beraten (und behandeln) Klientinnen oder Klienten; und das ist nur konsequent. Denn die Probleme, Schwierigkeiten und Konflikte die diese zu bewältigen oder auszuhalten haben mögen zwar Merkmale von psychischen Störungen haben. Aber sie sind keine psychischen Krankheiten im engeren Sinne.

Damit kommen wir allerdings zu einem Problem, dass die Psychiatrie insbesondere aber die sich als eigenständig betrachtende Psychotherapie ebenfalls hat. Zahlreiche Patientinnen und Patienten, vor allem im ambulanten Raum, vereinzelt aber auch in den Kliniken leiden an Befindlichkeitsstörungen oder „leichteren“ psychischen Störungen, die sie zwar bei der Ausübung ihrer sozialen Aufgaben und ihrer Rollenverpflichtungen einschränken mögen, die sie jedoch nicht gänzlich daran hindern. Mit anderen Worten: Sie bedürfen der Rücksichtnahme, sie haben bei strenger Auslegung des Parsenschen Kategoriensystems keinen Anspruch auf die vollumfängliche Zuerkennung der Krankenrollen mit ihren Privilegien (und ihren Verpflichtungen). Es scheint auch so zu sein, dass die meisten dieser Patientinnen und Patienten und ihre Therapeuten damit gut zurechtkommen, zumal die Inanspruchnahme einer Psychotherapie in weiten gesellschaftlichen Kreisen mehr

mit Prestigezuwachs als mit Stigmatisierung verbunden ist, und gerade bei Menschen mit Befindlichkeitsstörungen oft auch als persönliche Wohltat erlebt und empfunden wird, zu der man gerne bereit ist auch einen finanziellen Zuschuss zu leisten, wenn die Krankenversicherung nicht zahlt.

Biologische und sozialpsychologische Perspektive

Die Psychiatrie selbst denkt heute überwiegend biologisch. Zumindest hat es den Anschein, wenn man die Lehrpläne und die Ausbildungsrichtlinien der Universitäten aber vor allem der Universitätskliniken und die modernen Lehrbücher betrachtet. Aus soziologischer Sicht stehen jedoch Anhaltspunkte, dass sie möglicherweise zwar biologisch denkt aber in einer Weise handelt, die nicht in das Kategorieensystem biologisch psychiatrischen Denkens passt. Allein dadurch, dass immer mehr und immer vielfältigere Medikamente abgegeben werden, wird die Psychiatrie nicht biologisch. Dem Alltagshandeln der heutigen Psychiatrie wird man am ehesten gerecht, wenn man es als „pragmatisch“ bezeichnet. Das allein bedeutet nicht viel. Auch der Modebegriff der „störungsspezifischen“ Therapien sagt wenig über die Alltagspraxis. Bei genauerem Hinschauen entpuppt sich der gegenwärtige therapeutische Alltag als lockeres – um nicht zu sagen unverbindliches – Nebeneinander von vielfältigen mehr oder weniger definierten Methoden von Therapie, Training und Beschäftigung einschliesslich Physiotherapie und Arbeit, die nur selten in ein übergreifendes zielgerichtetes therapeutisches Konzept eingebettet sind – wie in der Vergangenheit etwa Milieuthérapie oder therapeutische Gemeinschaft. Blickt man genauer hin, ist keine dieser therapeutischen Methoden „biologisch“. Die meisten sind am ehesten mit dem diffusen Begriff soziotherapeutisch zu umschreiben – auch viele jener angeblich störungsspezifischen psychotherapeutischen Verfahren, die sich oft als Taxpraktisch modifizierte, tiefenpsychologische oder verhaltenstherapeutischen Ansätze entpuppen.

Wenn das so ist, müssen wir im Parsenschen und im Eriksonschen Sinn damit rechnen, dass bei vielen der so behandelten Patientinnen und Patienten durchaus Schwierigkeiten mit der Übernahme und der Erfüllung der Krankenrolle bestehen und

dass die meisten von ihnen mit den von Erikson beschriebenen Widersprüchlichkeiten und Inkonsistenzen konfrontiert sind. Das Etikett biologisch hilft hier nicht weiter. Es gibt sogar Gründe anzunehmen, dass die Situation noch prekärer ist als zu Zeiten Eriksons.

Die biologische Psychiatrie hat es versäumt, ihre Krankheiten glaubwürdig biologisch zu definieren. Schlimmer noch, sie hat mit der Abschaffung des medizinischen Begriffes der Krankheit zugunsten des soziologischen oder eher noch sozialtechnologischen Begriffes der Störung zusätzliche Unsicherheit geschaffen.

Durch die Ablösung der klassischen psychopathologisch- und etiologisch orientierten psychiatrischen Diagnostik zugunsten nominalistischer Klassifikationssysteme, die von ihrem Anspruch her ausdrücklich atheoretisch sein wollen und nicht ursachenorientiert, sondern nur die jeweilige Symptomatik hier und jetzt beschreiben wollen, ihre Stellung als Zweig (naturwissenschaftlich orientierten) Medizin in grob fahrlässiger Weise untergraben. Sie hat mit der Hereinnahme von schwer abgrenzbaren zum Teil fragwürdigen Störungen das Kategoriensystem psychiatrischer Diagnostik und Klassifikation einer kaum kontrollierbaren Ausweitung der Psychiatrie in den psychosozialen Bereich beigetragen, deren Folgen noch nicht absehbar sind.

Dazu gehören die sogenannten Anpassungsstörungen und die posttraumatischen Belastungsstörungen, die vor zwei Jahrzehnten als psychiatrische Diagnosen und damit auch als psychische Störungen etabliert wurden. Dazu gehören eine Reihe von Persönlichkeitsstörungen, bei denen die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit bzw. Störung höchst unscharf sind. Die problematischsten Folgen vermutlich die Klassifikation der dissozialen bzw. antisozialen Persönlichkeitsstörungen haben, die rein tautologisch dadurch definiert ist, dass die „Gestörten“ sich fortwährend antisozial und kriminell verhalten (eine Kategorie, die in einem psychiatrischen Diagnosesystem eigentlich nichts zu suchen hat. Es gibt andere Hinweise auf die Fragwürdigkeit des Systems, die für sich selber keine grosse Bedeutung haben, die aber die Oberflächlichkeit der Klassifikationssysteme schlagartig beleuchten. Dazu gehört beispielsweise die Definition der Pyromanie, die jeden Terminliebhaber zum potentiellen pathologischen Brandstifter machen oder die

Definition des frühkindlichen Trotzverhaltens, die alle Eltern mit kleinen Kindern erschrecken muss.

Dazu gehören auch durchsichtige Manöver wie eine Diagnose im DSM oder im ICD plazieren, um eine Abrechnungsziffer für die Auseinandersetzung mit Krankenversicherungen oder Kollegen anderer medizinischer Disziplinen bereitstellen. Das frühkindliche Trotzverhalten dürfte in die erste Gruppe gehören, das prämenstruelle Syndrom in die zweite: Es markiert, dass es sich dabei um eine psychiatrische und nicht um eine gynäkologische Störung handelt.

Zuspitzungen

Was bedeutet dies nun alles? Es bedeutet wahrscheinlich, dass sich die unscharfen, die Widersprüchlichkeiten und die Inkonsistenzen der psychisch Krankenrolle im Zeitalter der biologischen Psychiatrie in dem Zeichen der nominalistischen Klassifikationssystem ICD-10 und DSM IV noch zugespitzt haben. Welche Konsequenzen können und müssen wir daraus ziehen? Ich halte die Empfehlungen von Erikson, dem psychisch „Gestörten“ eine andere Rolle als die des Kranken zuzuweisen für untauglich. Im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung scheint die Problematik einigermaßen glimpflich gelöst zu sein, in dem weder Patientinnen und Patienten noch deren Therapeuten oder deren Umwelt auf die Zuerkennung einer vollumfänglichen Krankenrolle beharrt. Deshalb gibt es keine Zweifel der Öffentlichkeit und der Legitimität der Therapie und nur wenig Zweifel an der Schonungsbedürftigkeit der Betroffenen auf die Notwendigkeit der Stigmatisierung, von der Parsons im Zusammenhang mit der Anerkennung von psychischer Krankheit schreibt, es ist nicht gegeben.

Ganz anders sieht es aber in der psychiatrischen Klinik und bei chronisch psychisch Kranken aus, und die unter beschützenden Bedingungen leben müssen. Sie beanspruchen die Krankenrolle (bzw. die Behindertenrolle). Sie müssen sie beanspruchen um von ihren sozialen Verpflichtungen freigestellt zu werden (und um Krankengeld zu bekommen). Zugleich müssen sie erhebliche Schwierigkeiten haben, sich in der Selbst- und Fremdwahrnehmung als krank zu behaupten, die an einer

„wirklichen Krankheit leiden, für die sie nichts können“. Es gilt um so mehr, als heutzutage die wenigsten Kranken jene Merkmale von psychischer Krankheit erfüllen, die die Öffentlichkeit nach Shirley Star (1956) – und das gilt heute noch – für die Zuerkennung der Krankenrolle voraussetzt.

Mit dem Rückzug der Schizophreniekranken aus den psychiatrischen Kliniken und dem Einzug der depressiven, der Abhängigen, der vielfältig Persönlichkeitsgestörten, steht heute die Mehrheit der Patientinnen und Patienten psychiatrischer Kliniken als Kranke, im Selbstbild oder in der Fremdwahrnehmung Schwierigkeiten mit deren Krankenrolle haben, deshalb der Versuchung unterliegen, diese Rolle in einer Weise darzustellen oder zu manipulieren, dass sie diesem Bild entsprechen. Wenn dies so ist, wenn die Verschlimmerung von selbstverletzendem Verhalten, die Verschlimmerung von Essstörungen und schwere destruktive Entwicklungen, wie ich sie oben geschildert habe mögliche Folge davon sind, haben wir allen Grund, den therapeutischen Rahmen unserer Institutionen mit spezifischen Behandlungsansätzen unter diesem Aspekt zu überdenken. Der einzige Weg in unsere psychoedukativen und psychoinformativen Vorstellungen und Konzepte aufzunehmen und ihnen unsere dauernde wachsame Aufmerksamkeit zu schenken.

Krankheitsverhalten und Hilfesuchverhalten. Der Beitrag von David Mechanic

Krankheitsverhalten und Hilfesuchverhalten sind in der Medizin leidlich gebräuchliche Begriffe. Allerdings werden sie allzu oft auf Compliance und Krankheitseinsicht reduziert. Für die Psychiatrie gilt das in besonderer Weise: ohne Krankheitseinsicht kein Krankheitsverhalten, zumindest kein angemessenes - und schon gar keine Compliance. Krankheitseinsicht ist ein alter Begriff, den schon Freud verwendet. Im Petersschen Lexikon der Psychiatrie (20xx) wird sie definiert als »der Einsicht darin, dass man psychisch krank ist und warum. «

" Nur... wenn alle einzelnen Krankheitssymptome, die Krankheit als Ganzes ihrer Art und Schwere nach richtig beurteilt wird, sprechen wir von Krankheitseinsicht. Doch machen wir die Einschränkung, dass die Beurteilung nur diejenige Richtigkeit erreicht zu erreichen braucht, die einem durchschnittlichen, gesunden Individuum aus dem selben Kulturkreis einem anderen kranken Menschen gegenüber möglich wäre.“
(Jaspers 1948)

Mangelnde Krankheitseinsicht gilt als Merkmal bestimmter psychischer Störungen. Oft wird sie gar als Symptom betrachtet. Die mangelnde Einsicht ist immer ein Problem der anderen. Man selber sieht die Dinge ganz anders; und man ist überzeugt davon, dass man recht hat. Das kompliziert das Zusammenleben, wenn man gesund ist. Aber wenn man wirklich krank ist, hindert es einen daran, sich in Behandlung zu begeben oder in Behandlung zu bleiben.

Compliance ist ein moderner Begriff. Peters definiert sie als »Zusammenarbeit. Mitarbeit. Positive oder negative Haltung des Patienten beim befolgen therapeutischer Anweisungen, zum Beispiel Medikamenteneinnahme, Verhaltensvorschriften. Allgemein fühlen sich Kranke zunehmend für die Kontrolle und Beeinflussung gesundheitsschädigender Faktoren mitverantwortlich. « Peters führt aber noch eine zweite Bedeutung an: »Willfähigkeit.... relativ konfliktloses sich Einfügen in Verhaltensvorschriften, die der eigenen inneren Tendenz widersprechen

... Hörigkeit, mit dem Unterton der Erfüllung der Wünsche anderer bis zur Selbstverleugnung. « (Peters 1999).

Es ist diese zweite Bedeutung, die Compliance zu einem Problembegriff gemacht hat - vor allem aus der Sicht der Betroffenen. Compliance gehört zum Wortschatz der paternalistischen Medizin. Sie passt nicht zum partnerschaftlichen Umgang von Arzt und Patient, zum Respekt der Medizin vor der Autonomie, vor dem Recht auf Selbstbestimmung ihrer Kranken.

Aber auch der Begriff der Krankheitseinsicht in seiner gebräuchlichen Bedeutung ist problematisch. Das gilt sowohl für seine weitgehende Beschränkung auf die Psychiatrie, wie für seine Interpretation als Symptom bestimmter psychischer Störungen, insbesondere von Psychosen. Der Begriff der Krankheitseinsicht ist in mancher Hinsicht fundamentalistisch; der der Compliance reflektiert vor allem eine paternalistische Haltung der Ärzte gegenüber den Kranken, die gefälligst zu tun hätten, was sie von ihnen verlangten (und die selber schuld hätten, wenn sie beim mangelhafter Compliance nicht gesund würden.

Beide Begriffe ignorieren die komplexen psychosozialen Zusammenhänge, die die Selbst- und Fremdwahrnehmung der beginnenden Erkrankung, den Prozess der Auseinandersetzung mit dem Leiden, die Störung des eigenen sozialen Gefüges auf dem Weg begleiten, schließlich Hilfe zu suchen. Soziologisch sind sie schlicht zu eng gefasst, um jenseits ihrer unmittelbaren Funktion in Diagnostik und Therapie einen Erkenntniswert zu haben. Sie ignorieren zudem, dass die Medizinsoziologie seit fast 50 Jahren über tauglichere Begriffe verfügt - die des Krankheitsverhaltens und des Hilfe-Such-Verhaltens, die Anfang der 60-er Jahre von Mechanic und Volkart eingeführt und von David Mechanic beständig weiterentwickelt wurden.

David Mechanic (geb. 1936) ist einer der profiliertesten Gesundheitssoziologen der Gegenwart. Er hat lange an der Universität von Wisconsin und an der Rutgers-Universität gelehrt und geforscht. Nach einem Studienaufenthalt am Londoner Institute of Psychiatry wurde die Psychiatrie-Soziologie über längere Zeit zu einem seiner Schwerpunkte. Er wurde bereits früh durch seine Forschungen zum Krankheitsverhalten, sein Lehrbuch der Medizinsoziologie (erste Auflage 1968) sowie

seine 1969 zuerst erschienene, später auch ins Deutsche übersetzte, Monographie über Seelische Gesundheit und Sozialpolitik international bekannt. In den nachfolgenden Überlegungen zum Krankheitsverhalten werde ich mich vor allem an der zweiten Auflage seiner Medizinsoziologie (1978) orientieren.

Im Vorfeld der Medizin

»Wenn wir das Verhalten von Menschen, die krank werden oder krank sind, begreifen wollen, müssen wir uns überlegen, was sich im Vorfeld der Medizin abspielt. Die Berücksichtigung der Patientenperspektive ist für das Verständnis von Krankheit und Gesundheit unerlässlich: Krankheitssymptome werden von unterschiedlichen Menschen unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert. Auch ihre Reaktionen unterscheiden sich voneinander. Frühere Krankheitserfahrungen, unterschiedliches Wissen und unterschiedliche biologische Sensitivität bewirken, dass sie einen Krankheitssymptome leicht nehmen und einen Bogen um den Arzt machen, während andere schon geringfügige Schmerzen und Störungen ihres Wohlbefindens zum Anlass nehmen, medizinische Hilfe zu suchen, sich krank schreiben zu lassen, sich von anderen sozialen Pflichten entbinden zu lassen und sich in Abhängigkeit von anderen zu begeben« (259).

Mit diesen Sätzen leitet David Mechanic seine Überlegungen zum Krankheitsverhalten ein (249- 289). Das bedeutet, dass wir uns nicht nur mit jenen Menschen beschäftigen müssen, die bei dem, was wir gemeinhin unter Krankheit verstehen, medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, sondern auch mit jenen, die das nicht tun. Die simple Vorstellung, jemand spüre, dass etwas mit ihm nicht in Ordnung sei und suche dann den Arzt auf (oder verwerfe das bei Bagatelleerkrankungen), ist weit von der sozialen Wirklichkeit entfernt. Je nach sozialer und kultureller Zugehörigkeit, Bildungsstand, individueller Empfindlichkeit und früheren Erfahrungen mit Krankheit und Medizin gibt es große Unterschiede im Verhalten.

Soziologisch haben wir es dabei mit einem Prozess der sozialen Selektion zu tun, der sich im lebhaften Austausch zwischen den Betroffenen mit ihrer subjektiven Wahrnehmung, ihren Angehörigen, Freunden und Arbeitskollegen und deren

Interpretation der Situation, sowie der allgemeinen Zugänglichkeit des medizinischen Hilfesystems niederschlägt: Schon wie jemand sich entwickelnde Symptome körperlicher oder psychischer Störungen wahrnimmt und interpretiert, hängt von mannigfachen kulturellen Gegebenheiten ab. Das gleiche gilt für die Art und Weise von Klagen gegenüber Dritten und deren Opportunität. Wer über körperliche Beschwerden klagt, kann in der Regel mit mehr Verständnis rechnen als jemand mit psychischen Beschwerden. Die Reaktionen bei Ersteren reichen von einem ermutigenden »es wird schon wieder« über ein »das musst du aushalten« bis zur Aufforderung »geh doch mal zum Arzt«. Bei Letzteren heißt es öfter »stelle dich nicht so an!«, »reiss dich doch zusammen!« oder »das geht uns allen mal so«.

Die Entscheidung, medizinische Hilfe zu suchen, hängt außer von den wahrgenommenen Symptomen und Zeichen somit ebenso von deren Interpretation durch einen selber und durch Dritte sowie von deren Ermutigung oder Entmutigung ab, etwas zu unternehmen. Krankheitsverhalten und Hilfesuchverhalten sind komplexe soziale Prozesse, die bereits im Vorfeld von Diagnose und Behandlung auch als Bewältigungsversuch verstanden werden können. Es erübrigt sich fast hinzuzufügen, dass solche Verhaltensunterschiede den weiteren Entscheidungs- und Handlungsverlauf sowie die Fähigkeit und Bereitschaft zur Kooperation mit den medizinischen Systemen prägen und damit über den Ausgang der Erkrankung mitbestimmen.

Einflussfaktoren

Mechanic beschreibt 10 Faktoren, die auf das Krankheitsverhalten einwirken. Dabei unterscheidet er jeweils zwischen der Selbst- und der Fremddefinition dieser Faktoren.

1. Sichtbarkeit, Erkennbarkeit oder Auffälligkeit der abweichenden Zeichen und Symptome

2. Als wie schwerwiegend werden die Symptome wahrgenommen, als wie bedrohlich und wie gefährlich werden sie hier und jetzt und in der Zukunft eingeschätzt
3. In welchem Ausmaß beeinträchtigen die Symptome die Familie, die Arbeit und andere soziale Aktivitäten
4. Häufigkeit und Dauer der Symptome
5. Toleranzschwelle derjenigen, die von den Symptomen betroffen oder mitbetroffen sind
6. Verfügbare Informationen und Kenntnisse und kulturelles Verständnis
7. Grundbedürfnisse, die eine Verleugnung der Symptome begünstigen
8. Konkurrierende Bedürfnisse und Verpflichtungen, die einem wichtig sind
9. Konkurrierende Interpretationsmöglichkeiten der wahrgenommenen Symptome
10. Zugänglichkeit der Behandlung, geographische Zugänglichkeit, soziale, psychologische und finanzielle Kosten, einschließlich Diskriminierung, sozialer Distanz und Gefühlen der Erniedrigung

Die meisten dieser Faktoren leuchten ohne weiteres ein. Sie machen deutlich, in welchem Maße der Prozess der Wahrnehmung von Krankheitssymptomen, ihrer Interpretation und des Umgangs damit von nichtmedizinischen Größen abhängt, wie stark er vom Alltagsleben und dessen sozialer und kultureller Dimension geprägt wird. Ein gewöhnlicher Schnupfen beispielsweise mag sichtbar und als solcher erkennbar sein. Aber die meisten von uns wissen, dass er, wie eine triviale Volksweisheit besagt, mit Arzt zwei Wochen und ohne Arzt 14 Tage dauert. Die meisten von uns helfen sich deshalb selbst. Sie greifen auf Hausmittel und freiverkäufliche Medikamente zurück. Ansonsten warten Sie erstmal ab. Die Erkältung

muss schon ziemlich hartnäckig sein; es müssen Komplikationen auftreten, bevor wir uns entschließen, den Arzt dennoch aufzusuchen.

Anders liegen die Dinge, wenn wir besonders empfindlich sind, oder wenn wir alt und gebrechlich sind. Es kann aber auch sein, dass wir ganz andere Gründe haben zum Arzt gehen: Wir fühlen uns zu unwohl, um sinnvoll arbeiten zu können; oder wir nutzen die Gelegenheit, uns für ein paar Tage krank schreiben zu lassen, weil wir uns im Betrieb nicht wohl fühlen, oder einfach ein paar Tage blau machen wollen - wohl wissend, dass das unsolidarisch ist und wir das eigentlich nicht tun sollten.

Ein weiteres Beispiel: Wie viele Menschen gehen nicht regelmäßig zum Zahnarzt, obwohl jedermann weiß, dass er es tun sollte. Nicht wenige haben so viel Angst vor dem Zahnarztbesuch, dass sie selbst heftige Schmerzen aushalten; manche so viel, dass sich ihr Gebiss allmählich in eine Trümmerlandschaft verwandelt.

Ein drittes: Die Symptome einer Blinddarmentzündung sind allgemein bekannt. Aber wenn sie nicht ganz akut und sehr heftig sind sondern sich allmählich entwickeln, wird die Erkrankung dennoch häufig verschleppt. Man will sie nicht wahrhaben; man denkt, die Symptome werden schon wieder verschwinden. Man denkt, sie seien nicht so schlimm, dass man damit nicht den Hausarzt belästigen will, schon gar nicht am Wochenende. Meist trifft das alles sogar zu. Aber das Risiko ist unverhältnismäßig.

Meine Beispiele zeigen typische Verhaltensweisen von Menschen mit körperlichen Beschwerden. Wenn Störungen unserer Befindlichkeit nicht so plötzlich und so heftig auftreten, dass sie uns Angst machen, wenn wenn uns nicht so unverständlich sind, dass wir mit Panik reagieren, neigen wir dazu, erst einmal abzuwarten.

Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Verdauungsprobleme, Schlafstörungen sind so alltäglich, dass sie den meisten von uns zunächst keine Sorgen bereiten. Wir vertrauen darauf, dass sie schon vorübergehen werden. Und meistens tun sie das auch.

Gesund oder krank

Wir durchleben einen Prozess, in dem wir die Störungen unseres Wohlbefindens zunächst einmal prüfen - auch wenn sie mit Schmerzen verbunden sind: was bedeuten sie? Gibt es eine natürliche Erklärung dafür? Haben wir etwa am Vorabend zu viel getrunken? Haben wir etwas »Falsches« gegessen? Und so fort. Wenn sie andauern oder sich verschlimmern, sind wir besorgt - der eine früher, der andere später. Wir prüfen unsere Vorerfahrungen mit solchen oder ähnlichen Symptomen. Wir beraten uns mit Angehörigen und Freunden und wägen deren Urteile und Ratschläge ab. Wenn Sie unsere Sorge als unbegründet verwerfen, beruhigt uns das in der Regel. Wenn sie sie bestätigen und uns raten, doch mal zum Arzt zu gehen - später: endlich zum Arzt zu geben - verstärkt das unsere Sorge. Schließlich folgen wir ihrem Rat. Wenn die Symptome hartnäckig sind oder aus unserer Sicht besorgniserregend, sehen wir uns selber auch dann als krank an, wenn unsere Umgebung meint, wir bildeten uns etwas ein. Aber die Hürde, die wir dann überwinden müssen, ist größer.

Wir sehen, dass das wir auch bei Alltagssymptomen einen Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozess durchlaufen, der oft mit Unsicherheiten verbunden ist. Wir finden zu mehr Sicherheit in unserem Urteil, indem wir uns mit anderen austauschen, indem wir auf deren Wahrnehmung, deren Erfahrungen und deren Beurteilung zurückgreifen, bevor wir unsere Entscheidung treffen.

Bei körperlichen Krankheiten und Symptomen erscheint das verhältnismäßig einfach. Bei Störungen des psychischen Befindens ist das sehr viel komplexer. Schmerz, Übelkeit und Erbrechen oder Durchfall hat jeder einmal gehabt; grippale Infekte desgleichen. Die wichtigsten Symptome Herzinfarkts sind allgemein bekannt. Natürlich hat auch jeder irgendwann einmal Probleme mit dem Schlafen, Angst oder »Depressionen«; jeder ist gelegentlich gereizt und aggressiver Stimmung. Fast jeder hat gelegentlich den Eindruck, dass die Menschen über ihn reden; jeder ist gelegentlich misstrauischer, als eigentlich sein müsste.

Ein Teil des Problems besteht genau darin, dass jeder solche Verhaltens- und Erlebensformen kennt, eben dass sie völlig normal sind. Deshalb ist es zunächst praktisch unmöglich, für den Betroffenen ebenso wie für seine Umgebung, sie als Ausdruck einer beginnenden psychischen Störung zu erkennen: Sie ist es ja auch

fast nie! Erinnern wir uns an Goffmans Feststellung, er kenne - fast - kein psychiatrisches Symptom, das nicht auch bei Gesunden vorkomme. Psychiatrische Symptome sind auch objektiv schwer zu erkennen, wenn sie nur gering oder mäßig ausgeprägt sind.

Aber damit nicht genug. Solche Symptome sind, vor allem wenn sie häufig vorkommen oder ausgeprägt sind, oft sozial störend. Freunde, Angehörige und Arbeitskollegen ärgern sich gegebenenfalls darüber. Sie erwarten Abhilfe und halten mit dieser Erwartung auch nicht hinter dem Berg. Sie sagen nicht verständnisvoll: geh doch mal zum Arzt, sondern viel eher: reiß dich gefälligst zusammen! Es gibt nur wenige psychiatrische Symptome, die spontan Sympathie, Zuwendung und Mitleid auslösen. Dazu gehören etwa Weinen und geäußerte Verzweiflung. Aber meist werden sie kollektiv begriffen, als normale Reaktion auf konkrete Lebensprobleme; und das sind sie in der Regel ja auch.

Dazu kommt, dass soziales Zusammenleben nur dann funktionsfähig ist, wenn wir uns im Alltag darauf verlassen können, dass die Menschen, mit denen wir zu tun haben »normal« reagieren, das heißt, dass die soziale Erwartungen so erfüllen, wie man das erwartet, oder gute Gründe dafür anführen können, warum sie das nicht tun. Regelverstöße sind zunächst „normales“ abweichendes Verhalten, das allgemeine Missbilligung erfährt, wenn es keine allgemein akzeptierte Entschuldigung dafür gibt. Dass jemand die Regeln nicht einhält, weil er das aufgrund einer psychischen Störung nicht kann oder weil er die Regeln durch eine krankhafte Veränderung seiner kognitiven Wahrnehmung nicht mehr so versteht wie alle anderen, kommt über lange Zeit niemandem in den Sinn. Man »normalisiert« sein abweichendes Verhalten. Man interpretiert es in normalen sozialen Kategorien und reagiert entsprechend mit negativen sozialen Sanktionen - mit Missbilligung zunächst, gegebenenfalls mit Strafen und schlimmstenfalls mit sozialem Ausschluss aus der Gemeinschaft, dem Freundeskreis, der Familie, dem Kollegenkreis.

Goffman hat am Beispiel der Manie (s.u.) gezeigt, wie verstörend von psychischer Krankheit geprägtes Verhalten auf die Umgebung wirken kann, wie heftig die Mitbetroffenen um die Einhaltung des normativen Gefüges ihrer Gemeinschaft ringen, bevor sie endlich begreifen, dass sie es hier nicht mehr mit normalen

psychischen Verhalten, nicht mehr mit nachvollziehbarem abweichenden Verhalten zu tun hatten. Erst dann beginnt der Prozess der Pathologisierung des Verhaltens, letztendlich der Psychiatrisierung des Betroffenen. Dieser beginnt dann, lange bevor eine psychiatrische Fachperson im Spiel ist. Zunächst stellt die betroffene Gemeinschaft weitgehende Übereinstimmung darüber her, dass das veränderte Verhalten ihres Mitgliedes krankhaft sein muss. Der Psychiater hat dabei nur die Aufgabe, das gleichsam notariell zu beglaubigen, indem er feststellt, dass die Laieninterpretation mit seinen fachlichen Erkenntnissen übereinstimmen.

Der Abschluss dieses Prozesses hat weitreichende Konsequenzen. Ist die psychische Krankheit erst einmal festgestellt, wird das Verhalten des Betroffenen nicht mehr wie vorher normalisiert. Alles was er tut, steht von daran unter einem Vorbehalt. Es könnte ja durch seine Krankheit bedingt oder verändert sein. Dieser Vorbehalt dauert oft bei allen in seiner Umgebung, die von der Erkrankung wissen, über die Genesung hinaus an. Seine Stellung in der Gemeinschaft ist angefochten. Oft ist er kein vollgültiges Mitglied mehr. Der Preis für die Anerkennung seines Verhaltens als krankhaft ist also hoch. Aufgrund des diffusen Wissens der Bevölkerung zieht es Vorurteile, gegebenenfalls Diskriminierung und Stigmatisierung. Der Betroffene selber weiß das. Entsprechend hatte gute Gründe, seine Symptome zu verleugnen oder wenigstens zu bagatellisieren, um seine soziale Stellung nicht zu gefährden. Das als mangelnde Krankheitseinsicht zu verstehen, greift zu kurz.

In den vorangehenden Abschnitten habe ich den Prozess der Fremddefinition von psychisch bedingten Verhaltensstörungen beschrieben, also gleichsam das Krankheitsverhalten der anderen. Es ist kein Zufall, dass ich damit begonnen habe und nicht mit der der Selbstwahrnehmung und Selbstdefinition. Auch in dieser Hinsicht unterscheidet sich psychische Krankheit von körperlicher. Dem unmittelbar betroffenen geht es bei der Wahrnehmung von Symptomen psychischer Störung nicht viel anders als seinen Angehörigen und Freunden. Doch er nimmt die Zeichen der beginnenden Krankheit zunächst als etwas wahr, was ihm aufgrund früherer Erfahrungen vertraut ist, beziehungsweise was er zumindest aufgrund seines Erlebnishintergrundes einordnen kann.

Die subjektive Wahrnehmung

Auch er selber ist zunächst weit davon entfernt, seine sich allmählich verändernde Wahrnehmung der Welt und der Menschen, mit denen er zu tun hat, als pathologisch einzuordnen. Vor allem wenn der das erste Mal erkrankt, kann er das gar nicht. Selbst wenn er in eine schwere Depression abgeleitet, muss seine Interpretation bleiben, dass seine Situation, dass die Welt um ihn herum sich verändert hat. Er erlebt seine Situation als unglaublich bedrückend. Er kann sich nicht vorstellen, dass sie sich wieder verbessern wird. Selbst er einen Wahn, sei es einen Verarmungswahn oder einen Versündigungswahn entwickelt, erlebt er das als real. Er ist überzeugt davon, dass er wirklich arm ist, davon, dass er schwere Schuld auf sich geladen hat.

Ähnlich verhält es sich, wenn er eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis entwickelt. Seine Wahrnehmung der Welt, auch seine Selbstwahrnehmung verändert sich durch seine Erkrankung, die er aufgrund der Logik der Dinge nicht als psychische Krankheit erkennen kann. Für ihn verändert sich die Welt, verändern sich die Menschen in ihrem Verhalten zu ihm und zueinander. Und viele seiner Symptome erklären sich dadurch, dass sein Gehirn versucht, die Ordnung der Dinge wiederherzustellen, indem es ihm hilft, unter Verwendung seiner früheren Erfahrungen aus gesunden Tagen zu interpretieren, was ihm da geschieht. Er versucht den Veränderungen, die er erfährt, einen Sinn zu geben. Aber das hilft ihm nur bedingt. Denn uns, den Außenstehenden, erscheint seine veränderte Weltsicht letztlich als »verrückt«.

Er kann nicht begreifen, dass er krank ist. Aber auch hier ist es verkürzt, von mangelnder Krankheitseinsicht zu reden, oder diese gar als Symptom seiner Krankheit zu verstehen. Sie ist eine Folge seiner Störung, gewiss. Aber wenn seine Angst und seine Verfolgungsideen Reaktionen auf ein »zentrales schizophrenes Syndrom« sind - also sekundär -, dann ist die fehlende Krankheitseinsicht allenfalls tertiär. Dazu passt auch, dass die meisten Kranken im Rahmen ihres Genesungsprozesses irgendwann wahrnehmen können, dass ihre Symptome, ihre Halluzinationen, ihre Ängste, ihre Wahrnehmungen, zwar noch vorhanden sind, dass sie aber aber nur in der Hinsicht real sind, dass sie sich in ihnen abspielen und nicht

aus der Außenwelt kommen. Erst dann können sie sie als Symptom einer Krankheit begreifen und günstigen falls auch akzeptieren; und sie haben eine Chance, bei einem beginnenden Rückfall zu erkennen, dass die Krankheit wiederkommt und sich entsprechend verhalten. Es ist eine wichtige Aufgabe der Therapie, sie dabei zu unterstützen.

Es ist leicht zu erkennen, dass die 10 Faktoren von David Mechanics Liste auch für das Krankheitsverhalten von Menschen mit psychischen Störungen von großer Bedeutung sind. Allerdings liegen bei Ihnen die Schwerpunkte anders als körperlich Kranken. Außerdem spielt bei Ihnen auch die Fremdwahrnehmung der Symptome eine größere Rolle, weil die Selbstwahrnehmung bei vielen psychisch Kranken durch die Art der Störung selber beeinträchtigt ist. Allerdings gibt es eine große Zahl von psychischen Symptomen, die das Erleben der Kranken betreffen, die für Außenstehende - Angehörige wie Ärzte - allenfalls indirekt durch ihre Auswirkungen auf das Verhalten sichtbar werden. Dennoch bleibt das Problem der Einordnung psychiatrischer Symptome als Ausdruck von Krankheit und nicht nur von abweichendem Sozialverhalten bestehen.

Auch vorhandene Symptome sind oft nicht eindeutig als Ausdruck von Krankheit zu erkennen. Auch wenn sie sichtbar sind (Faktor eins auf der Liste), bleiben sie für die Interpretation offen, und zwar für den Betroffenen wie für seine Umgebung. Die Schwere der Symptome und die Gefahr, die von ihnen ausgeht (Faktor zwei), ist, mit Ausnahme der Gefahr der Selbsttötung, wohl eher von Dritten als von den Betroffenen selber zu erkennen. Das gilt vor allem, wenn die Krankheit eine potentielle Fremdgefährdung bedingt. Die Auswirkungen auf Familie, Arbeit und andere soziale Aktivitäten (Faktor drei) spüren die Betroffenen je nach Art und Ausprägung der Störung recht schmerzlich, vor allem bei Depressionen und Störungen des Antriebs. Bei psychotischen Erkrankungen und Manien, aber auch bei Demenzen sind Angehörige und Freunde oft subjektiv stärker betroffen als die Kranken selber. Häufigkeit und Hartnäckigkeit der Symptome (Faktor vier) spüren die Betroffenen bei wiederkehrenden Symptomen vor allem in der Anfangsphase meist selber.

Die Überschreitung der Toleranzschwelle Dritter (Faktor fünf) wird bei zahlreichen psychischen Störungen zu einem schwer wiegenden Problem. Familien entwickeln oft eine hohe Leidensfähigkeit. Freunde ziehen sich meist schnell zurück.

Sogenannte Störungen der öffentlichen Ordnung auf Straßen, Plätzen und in öffentlichen Verkehrsmitteln werden, wenn sie gravierend sind, nicht selten zum Anlass für eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus. Häufig werden psychotische Störungen erst anlässlich solcher dramatischer Zuspitzungen erkannt. Das Wissen über psychische Störungen und ihre Symptome sowie ihre kulturellen Hintergründe (Faktor sechs) ist im Allgemeinen lückenhaft. Deshalb erfolgt eine diagnostische Zuordnung in der Regel erst durch den Psychiater. In Zeiten des Internets kommt es allerdings immer häufiger vor, dass Kranke oder Angehörige diesen mit der fertigen - und korrekten - Diagnose aufsuchen.

Es gibt viele gute Gründe, die die Kranken, nicht selten aber auch ihre Angehörigen, dazu veranlassen, eine erkannte oder erahnte psychische Krankheit zu verleugnen (Faktor sieben). Die meisten Kranken fürchten eine psychiatrische Diagnose. Sie fürchten die Konsequenzen mehr als die Folgen der Krankheit. Sie haben wenig Vertrauen zu den Möglichkeiten psychiatrischer Behandlung. Sie wissen um den immer noch zweifelhaften Ruf psychiatrischer Kliniken. Sie fürchten Zwangsmaßnahmen und den Verlust der Freiheit. Aber nicht nur das. Sie fürchten auch, dass sie von Freunden und Arbeitgebern nicht mehr für voll genommen werden. Sie fürchten Vorurteile und Diskriminierung; und sie haben Recht. Denn darüber wissen sie oft mehr als über die Krankheit selber. Schließlich gehören sie zu der sozialen Gruppe, die diese Vorurteile pflegt.

Schließlich gibt es konkurrierende Bedürfnisse zu jenem, die Krankheit behandeln zu lassen und zu überwinden (Faktor acht). Vielfältige soziale Pflichten in Familie und Beruf müssen erfüllt werden. Zu akzeptieren, dass man psychisch krank ist, und sich entsprechend zu verhalten verdunkelt die Zukunftsperspektive. Im Übrigen lassen sich mannigfache Krankheitssymptome gerade bei psychischen Störungen auch anderweitig interpretieren (Faktor neun). Man hat zu wenig geschlafen, man ist überarbeitet, man hat zu viel Stress und so fort.

Die Rolle der Zugänglichkeit der Behandlung (Faktor 10) und ihrer Kosten, einschließlich der sozialen und psychologischen Kosten wie Diskriminierung und Stigma, versteht sich fast von selbst. Sie muss an dieser Stelle nicht vertieft werden.

Wenn man dies alles zur Kenntnis nimmt, wird deutlich, welches hohe Maß an sozialer Kompetenz von den Kranken gefordert wird. Man verlangt von ihnen, dass sie sich in dem oben dargestellten Geflecht von Regeln und Erwartungen zurechtfinden. Manches ist ihnen aus der Perspektive der Gesunden geläufig. Sie haben im Laufe ihrer Sozialisation immer wieder Erfahrungen mit Kranken in ihrer näheren und fernerer Umgebung gehabt und selber gute Ratschläge erteilt. Aber vieles müssen sie erst lernen, wenn sie die soziale Position wechseln, wenn sie die Krankenrolle leben müssen. Dann kommen viele jener Faktoren zum Tragen, die Parsons und Erikson herausgearbeitet haben. Dass das Menschen mit psychischen Störungen ungleich schwerer fallen muss als körperlich Kranken, dürfte ohne weiteres einleuchten.

Literatur

Dahrendorf, R., Homo Sociologicus. Westdeutscher Verlag. Köln und Opladen 1958

Dreitzel, H.P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Enke Stuttgart 1972

Endruweit G., G. Trommsdorf (Hg.): Wörterbuch der Soziologie. Dtv/Enke Verlag: Stuttgart 1989

Erikson, K.T.: Patient Role and Uncertainty: A Dilemma of the Mentally Ill. Psychiatry 20, 263-274, 1957. Deutsch in M. von Cranach und Asmus Finzen (Hg.): Sozialpsychiatrische Texte: Soziale Ungewissheit und psychische Krankheit 7-20. Springer: Heidelberg 1972

Gerhardt, U.: Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Suhrkamp: Frankfurt 1991

Henderson, L.J.: Physicians and Patients as a Social System. New England Journal of Medicine 212: 819-823

Hillmann, K.H.: Wörterbuch der Soziologie. 4.Aufl., Kröner: Stuttgart 1994

Jensen, S.: Talcott Parsons. Teubner: Stuttgart 1980

Kerr, J.: Eine höchst gefährliche Methode. Kindler: München 1994. Org.: A most Dangerous Method. Knopf: New York 1994

Light, R.: D.W.: The Management of a Mistake. American J. Sociol. 77, 821-838, 1971

Malcolm, J.: Psychoanalysis: The Impossible Profession. Knopf: New York 1981

Mechanic, D.: Medical Sociology, The Free Press: New York. 1. Aufl. 1968, 2. Aufl. 1978

Moser, T.: Vorsicht Berührung. Suhrkamp: Frankfurt 1992

Parsons, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In A. Mitscherlich u.a. (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 57-87. Kiepenheuer und Witsch: Köln 1967. Org. zuerst 1958; abgedruckt in T.P.: Social Structure and Personality. Free Press: New York 1964

Shephard, M.: Love Treatment: Sexual Intimacy between Patients and Psychotherapists. Wyden: New York 1971

III Kommunikation und Verhalten bei psychischen Störungen: Goffmans Mikrosoziologie

Soziologie der Gelegenheiten

Der kanadisch-amerikanische Soziologe Erving Goffman (1922 bis 1982) ist in der Psychiatrie ursprünglich als unnachsichtiger Kritiker bekannt geworden. Seine „Asyle“ (1961) haben dazu beigetragen, die US-amerikanische Verwahropsychiatrie aus den Angeln zu heben. Das war eine erwünschte Nebenwirkung seiner frühen Untersuchungen über die soziale Situation psychisch kranker Menschen in totalen Institutionen. Sein Lebensthema aber war die Begegnung und die direkte Kommunikation in sozialen Situationen, in kleinen Gruppen, von Angesicht zu Angesicht.

Auf den ersten Blick hat das wenig mit psychischer Krankheit und psychisch kranken Menschen zu tun. Aber das erwartete „normale“ Verhalten lässt sich am besten beschreiben, wenn man es vom unerwarteten „nichtnormalen“ Verhalten abgrenzt. Dieser Erkenntnis Goffmans verdanken wir reichhaltige Aufschlüsse darüber, wie sich psychisch kranke Menschen in der unmittelbaren Begegnung mit anderen verhalten, letztlich wie sich psychische Krankheit sozial manifestiert.

Grundlage für diesen Denkansatz waren zwei Forschungsaufenthalte Goffmans in psychiatrischen Kliniken, die ihn als jungen Mann mit psychisch Kranken und deren Interaktionsverhalten konfrontierten. Insbesondere der zweite, seine einjährige Beobachtungsstudie im St.-Elisabeth-Krankenhaus in Washington (1954)- die Grundlage „seiner Asyle“ –, hat ihn tief geprägt.

Schneller Rollenwechsel: Alles Theater?

Schon sein erstes Buch, eine erweiterte Fassung seiner Dissertation, „The Presentation of Self in Everyday Life“ (1959. deutsch: Wir alle spielen Theater 1969), das meistverkaufte soziologische Buch aller Zeiten, zeichnet Muster „normalen“ sozialen Verhaltens, die nachzuvollziehen Menschen mit psychotischen Störungen schwer fallen muss: den situativ bedingten raschen Rollenwechsel.

Hinter den Kulissen verhalten wir uns anders als auf der Bühne; gegenüber den Gästen im Restaurant anders als in der Küche, wenn wir uns über die Gäste lustig machen. Je nach Situation erscheinen wir wie ausgewechselt. Der jeweils andere soziale Rahmen verlangt von uns – und erlaubt uns – ein anderes – oft ein gegensätzliches – soziales Verhalten. Hinter der Bühne gelten andere Normen als auf der Bühne; und alle finden das in Ordnung.

Nein, nicht alle. Der Sprung aus der einen in die andere soziale Situation, der rasche Perspektivenwechsel erfordert eine grosse normative kognitive Leistung. Die aber ist bei bestimmten psychischen Krankheiten gestört. Oder anders: Die Koordinaten des Denkens in der Psychose verbieten die unterschiedliche Bewertung von Menschen in unterschiedlichen Situationen. Psychotisches Denken ist radikal. Es kann den Widerspruch nicht auflösen: etwa wenn Kellner hinter der verschlossenen Küchentür über Gäste herziehen, die sie im Restaurant eben noch freundlich und zuvorkommend behandelt haben. Oder wenn Eltern die anreisende Schwiegermutter an der Haustür freundlich begrüßen, die sie eben noch in ihrer Abwesenheit dorthin gewünscht haben, wo der Pfeffer wächst.

Kindliches Denken ist im Übrigen in mancher Hinsicht ähnlich wie psychotisches. Auch ihm die Situation des raschen Rollenwechsels unverständlich. In der „normalen“ Erwachsenenwelt ist es anders. Der jeweils unterschiedliche soziale Rahmen ermöglicht uns, je nach Situation unterschiedliches, oft scheinbar widersprüchliches soziales Verhalten. Hinter der Bühne gelten andere Normen als auf der Bühne. Oberflächlich betrachtet spielen wir alle Theater, wie der

deutschsprachige Titel von Goffmans Buch unterstellt. Aber das ist nicht Theater. Das ist reale, normale soziale Interaktion.

Psychiatrie als soziologisches Thema

In der Psychiatrie sind vor allem die vier Essays der „Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ (1961; deutsch 1972) und die Monographie „Stigma. Über den Umgang mit einer beschädigten Identität“ (1963; deutsch 1967) zur Kenntnis genommen worden – erstere ablehnend - letztere zustimmend. Aber auch in seinem Hauptwerk, der Rahmenanalyse (1974), macht er die Psychiatrie immer wieder zum Thema.

Über der Heftigkeit der Auseinandersetzungen um diese Asyle, die weithin als antipsychiatrisch missverstanden wurden, sind andere wichtige Beiträge zur Soziologie zu wenig wahrgenommen worden. Drei davon, die zwischen 1955 und 1969 veröffentlicht wurden, sind Gegenstand der nachfolgenden Überlegungen.

Die ersten beiden hat Goffman in seinem 1967 erschienenen Buch „Interaktionsrituale. Über das Verhalten in direkter Kommunikation“ aufgenommen (deutsch 1971). Im englischen lautet der Untertitel „Essays on Face-to-Face Behavior“. Goffman versammelt in diesem Band sechs Aufsätze, von denen vier in den fünfziger Jahren – etwa in der gleichen Zeit wie die Asyle – entstanden sind. Der erste, der uns hier interessiert, über „Ehrerbietung und Benehmen“ (The Nature of Deference and Demeanor) erschien ursprünglich 1955 in der „Psychiatry“. – Er „basiert in der Hauptsache auf einer kurzen Beobachtungsstudie bei Geisteskranken in einer modernen Forschungsklinik“, Goffmans erster Klinikstudie, die er noch in Chicago durchgeführt hatte. Der zweite mit dem Titel in „Psychische Symptome und öffentliche Ordnung“ (Mental Symptoms and Public Order) war 1964 in einer entlegenen Zeitschrift zuerst veröffentlicht worden.

Direkte Interaktion

In allen Aufsätzen der Interaktionsrituale befasst sich Goffman mit der direkten Interaktion in Alltagssituationen, mit den Regeln von Begegnungen, die meist nur kurze Zeit andauern, in denen es „eine enge Verknüpfung zwischen den rituellen Eigenschaften der Personen und den Eigenheiten des Territoriums“ gibt. „Die Grundelemente des Verhaltens sind Blicke, Gesten, Haltungen und sprachliche Äußerungen, die Leute ständig in die Situation einbringen, unabhängig davon, ob diese Situation erwünscht ist oder nicht (7).

Goffman sieht eine Verbindung seines Forschungsansatzes mit der Ethnologie, der Sprachforschung, der Klanggruppenforschung und der Psychotherapie. Ihr Ziel sei die Beschreibung natürlicher Interaktionseinheiten von flüchtigem Minenspiel bis zu komplexen sozialen Gelegenheiten, etwa „Interaktionsmonstren“, wie wochenlangen Konferenzen. Ein weiteres Ziel sei die Aufdeckung der normativen Ordnung, der „Verhaltensregeln“, die es überall gibt, wo Leute sind, unabhängig davon, ob es sich um öffentliche, halböffentliche oder private Orte handelt, und ob diese unter den Auspizien einer sozialen Gelegenheit den lockeren Zwängen des einfachen routinierten sozialen Rahmens stehen.“ (8)

Soziologie der Gelegenheiten

Goffman bezeichnet so seinen Gegenstand als „Soziologie der Gelegenheiten“, der zeitlich begrenzten Begegnungen von Personen, eine normativ stabilisierte Struktur stehe dazu im Widerspruch, denn ein „soziales Treffen“ sei eine bewegliche Einheit, notwendigerweise vergänglich. Dem entspreche, dass der eigentliche Gegenstand der Interaktion nicht das Individuum und seine Psychologie, sondern die syntaktischen Beziehungen zwischen den Handlungen der gleichzeitig anwesenden Personen seien.

„Welches Grundmodell des Handelnden ist erforderlich, wenn wir ihn aufziehen, seinen Mitmenschen aussetzen sollen und das Ergebnis eine geordnete Interaktion sein soll? Welches Grundmodell benötigt der Forscher, um die Strategien antizipieren zu können, mit denen ein Individuum qua Interagieren erfolgreich sein oder zusammenbrechen kann. Das ist das Thema dieser Aufsätze. Psychologie

spielt hier notwendigerweise eine Rolle, auch in ganz vereinfachter und verkürzter Form, um der soziologischen Analyse von Gesprächen, Jagdveranstaltungen, Banketten, Prozessen und Stadtbummeln zu genügen. Es geht hier also nicht um Menschen und ihre Situationen, sondern mehr um Situationen und ihre Menschen.“

(9)

Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung

Der dritte Goffman-Aufsatz, der uns hier beschäftigen wird, der Anhang des Buches „Das Individuum im öffentlichen Austausch. Microstudien zur öffentlichen Ordnung“ (englisch: „Relations in Public“; 1971; deutsch: 1974). Er war zwei Jahre zuvor (1969) in der *Psychiatry* veröffentlicht worden. Der Titel „Die Verrücktheit des Platzes“; englisch: „The Insanity of the Place“, gibt Rätsel auf, die sich auch bei gründlicher Beschäftigung nur bedingt auflösen. Gemeint ist die Bedrohung oder die Verletzung der sozialen Position - des Ortes -, die dem Individuum innerhalb seiner Gruppe zugewiesen ist.

Das gleiche gilt für die Frage, warum ein 70-seitiger Text als Anhang firmiert. Möglicherweise hängt das damit zusammen, dass alle anderen Kapitel des Buches ausdrücklich „normales“ Verhalten zugrunde legen, während der Anhang sich ebenso ausdrücklich mit dem „öffentlichen Austausch“, der Begegnung in der Öffentlichkeit, „den Relations in Public“, unter den Bedingungen des Psychisch-Krankseins befasst.

Originaltext und Übersetzung

Bei meiner Darstellung beziehe ich mich die deutschen Übersetzungen der Goffman-Texte. Diese sind in den Suhrkamp-Ausgaben allgemein zugänglich. Allerdings sei darauf verwiesen, dass ihre Sprache schwerfälliger, ihre Satzstruktur komplizierter ist als die der englischen Originale. Nur "Stigma" und die "Asyle" sind auf Deutsch leicht lesbar. Manche Verständnisschwierigkeiten haben damit zu tun, dass die von

Goffman verwendeten Begriffe auch in der Originalsprache vieldeutig sind. Manchmal ist ein Textvergleich mit der englischen Ausgabe hilfreich.

Manchmal lässt sich die Kontingenz der Übersetzerentscheidung aus dem Zusammenhang erschließen. Ich habe mich deshalb entschieden, die Überschriften der beiden Aufsätze aus den Interaktionsritualen mit " Respekt und Anstand " und " psychiatrische Symptome und öffentliche Ordnung"- statt „Ehrerbietung und Benehmen“ beziehungsweise „psychische Symptome“- zu übersetzen. Erstere erschien mir doch zu altertümlich, obwohl auch die englischen Begriffe eher ins 19. als ins 20. Jahrhundert passen. Letztere erschien mir korrekter, dass in diesem Aufsatz um interaktionelle Konsequenzen psychischer Krankheit geht - und nicht um jene psychische Gesundheit. Auch der Begriff der öffentlichen Ordnung bereitet mir Schwierigkeiten, weil er im Deutschen unweigerlich an gesetzliche oder polizeiliche Maßnahmen zur Sicherung in dieser Ordnung denken lässt - und nicht an die Strukturen sozialer Ordnung innerhalb einer Gesellschaft.

Normal miteinander Umgehen. Respekt und Anstand in psychiatrischen Institutionen?

Wie gewährleistet eine Gemeinschaft, dass ihre Mitglieder "normal " miteinander umgehen, dass sie für einander zuverlässig und berechenbar sind, dass Ihr Verhalten in der Familie, im Freundeskreis, am Arbeitsplatz oder im Golf Club für die anderen weitgehend vorhersehbar ist? Sie tut das, indem sie Regeln etabliert, die „gutes“ Benehmen, Respekt und Anstand im Umgang miteinander sicherstellen. Wenn diese Regeln verletzt, muss mit Missbilligung, Abstrafung oder gar Ausschluss rechnen. Solche Regeln sind nur selten ausdrücklich formuliert. Man wächst in sie hinein, wenn man Mitglied einer solchen Gruppe wird. Solange alles gut geht, nimmt man sie kaum wahr. Aber man weiss, was man, etwa in der Familie, zu tun und was man besser zu lassen hat. Es besteht eine Neigung, dieses Geflecht von Regeln, dass man die Etikette nennt, in ihren sozialen Auswirkungen zu unterschätzen.

Auch die Soziologie hat diese Zusammenhänge lange vernachlässigt. Sie hat sich vorrangig mit sozialen Strukturen und Funktionen in größeren Gruppen beschäftigt, mit inhaltlichen Normen, Rollen und Rollenerwartungen und mit gesellschaftlichen Positionen. Erst unter dem Einfluss Emile Durkheims und Alfred Radcliffe-Brown, so Goffman, haben die Sozialwissenschaften angefangen, die Bedeutung von Symbolen und Symbolik des sozialen Zusammenlebens und den Zusammenhalt der sozialen Gruppe zu erkennen und zu untersuchen. Aber sie hätten sich dabei auf die Gruppe konzentriert und das Individuum vernachlässigt. Deshalb hätten sie übersehen, dass Rituale, die soziale Kollektive verbinden, auch die einzelnen Menschen bestimmen. Durkheim habe dies erst viel später in seinen „Betrachtungen über die Seele“.

Goffman versucht, diesen Aspekt der individuellen Prägung zu vertiefen. Er stützt sich dabei auf seine Beobachtungen in der psychiatrischen , weil es ihm vielversprechend erscheint „persönliche Normen gerade bei solchen Leuten etwas zu lernen, die wegen der offensichtlichen Verletzung dieser Normen eingesperrt

wurden. Zwar werden die Normen hier nur innerhalb der psychiatrischen Anstalt gebrochen. Sie sind jedoch relativ allgemeingültig, so dass die Untersuchung der Anstalt zu einer allgemeinen Untersuchung unserer anglo-amerikanischen Gesellschaft wird.

Regeln und Regelverletzungen

Verhaltensregeln sind Handlungsorientierungen. Bei ihrer Verletzung kommen Gefühle von Unbehagen auf. Im übrigen zieht sie negative Sanktionen nach sich. Verhaltensregeln bestehen aus Verpflichtungen und Erwartungen, zugleich aber aus Rechten. Sie sind im moralischen Sinn normativ. Sie werden verinnerlicht und tragen zur Entwicklung eines Selbstbildes und zur Definition des Selbst bei. Wenn Verhaltensregeln gebrochen werden, geraten gleich zwei Personen in Schwierigkeiten: die eine, die die Regel hätte einhalten müssen; die andere, die damit gerechnet hat, entsprechend behandelt zu werden: „Das Selbst, für das die Regel eine Verpflichtung ist, und das Selbst, für das sie eine Erwartung ist“ (58)

Nun sind Menschen in sozialen Situationen nicht mit ihrer ganzen Person am aktuellen sozialen Geschehen beteiligt. Vielmehr werden sie im Hinblick auf besondere Eigenschaften, besondere Eigenheiten, gleichsam in bezug auf ein „spezielles Selbst“ angesprochen. „Zum Beispiel können Patienten, die zufällig weiblich sind, gezwungen sein, sich gegenüber Ärzten, die zufällig Männer sind, schamlos zu verhalten, da die ärztliche Beziehung und nicht die sexuelle hier als die offiziell relevante definiert ist.“(59)

„In allen Gesellschaften werden Verhaltensregeln gewöhnlich so kodifiziert, dass garantiert ist, dass jeder angemessen handelt und ebenso behandelt wird. In unserer Gesellschaft umfasst der Kodex für inhaltliche Regeln Ausdrucksweisen für das Recht, die Moral und die Ethik; der Kodex für zeremonielle Regeln und Ausdrucksweisen ist dagegen in dem verkörpert, was wir Etikette nennen. Und alle Institutionen basieren auf beiden Codices.“ (62)

Angemessenes Verhalten

Die zeremoniellen Regeln sind in unserem Bewusstsein in den vergangenen 50 Jahren in den Hintergrund getreten. Aber es gibt sie nach wie vor. Sie sind subtiler geworden, gleichsam klassenloser; die Spielräume sind größer. Es wird heute nicht mehr vorkommen, dass eine „Dame der Gesellschaft“ allein wegen ihrer grellbunten Kleidung und ihrer „unangemessenen“ Rocklänge als manisch angesehen wird; oder dass ein Rekrut, der einem Offizier auf die zornige Frage, ob er nicht grüßen könne, antwortet. „Ich kann schon; aber ich will nicht,“ mit dem Verdacht auf eine Psychose – im übrigen bestätigte – in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wird. Beides habe ich in den 60-er Jahren erlebt.

Seit der 68er-Bewegung kann man sich andere durchaus eingängige Gründe für eine solche Verletzung des militärischen Rituals—oder für eine Missachtung der Kleiderordnung-- vorstellen. Aber man kann sich in allen Bereichen des sozialen Zusammenlebens nach wie vor daneben benehmen. Man kann Regeln des Anstands so eklatant verletzen, dass man mit dem Ausschluss aus der jeweiligen Gruppe rechnen muss. Goffman spricht in diesem Zusammenhang „zeremoniellen Entweihungen“. Regeln des gegenseitigen Respekts spielen nach wie vor eine wichtige Rolle bei der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.

Weitere Beispiele sind die Regeln der Gegenseitigkeit in hierarchischen Beziehungen: Wie Ärzte und Krankenschwestern miteinander umgehen, bestimmt auch heute noch vorrangig die Etikette und nicht so sehr das Wissen und die Erfahrungen, die sie einbringen. Am deutlichsten sichtbar wird das bei der Begegnung der erfahrenen Krankenschwester mit dem gänzlich unerfahrenen ärztlichen Berufsanfänger. Auch dann gilt: was ein Arzt darf, darf eine Krankenschwester nur möglicherweise.

Auch der Umgang mit dem „Du“ und dem „Sie“ gehört hierher. Nachdem die entsprechenden Regeln in Bewegung geraten sind, haben die meisten von uns Widersprüche wahrgenommen und Verunsicherung erlebt.

Berührungen

Ähnlich steht es bei dem Umgang mit körperlicher Nähe. Traditionell war es etwa in England so, dass in den mittelständischen städtischen Zentren Abstand gehalten wurde. In der bäuerlichen Unterschicht dagegen rückte man näher zusammen; und auf den entlegenen Inseln im Norden wurde der unmittelbare körperliche Kontakt etwa beim Essen und bei anderen sozialen Gelegenheiten als Selbstverständlichkeit betrachtet, nicht als Distanzlosigkeit (71). Anders als in der Mittelschicht hielt man es nicht für nötig, sich zu entschuldigen, wenn man jemanden versehentlich berührte. Auch diese Regeln sind in Bewegung geraten. Das führt nicht ganz selten angesichts sich ausbreitender Körperkontakte bei Begrüßungsritualen zu Unsicherheit.

„Wo man nicht darauf achten muss, mit seinen Handlungen in die persönliche Sphäre des Empfängers einzudringen und keine Angst haben muss, ihn durch Eindringen in seine Privatsphäre zu beleidigen, da können wir sagen, dass er auf vertrautem Fuß mit dem Empfänger steht. Die Mutter, die keine Hemmungen hat, ihrem Kind die Nase zu putzen, ist ein drastisches Beispiel. Wo der Handelnde vorsichtig sein muss, wenn er sich dem Empfänger nähert, sprechen wir von Nicht-Vertrautheit oder Respekt“ (71).

Regeln und Regelverletzungen in psychiatrischen Kliniken

Psychiatrische Anstalten sind, so Goffman 1955, prädestiniert, Verstöße gegen den Anstand und die Respektierung der Privat- und Intimsphäre zu untersuchen. denn dort sind vielfältige Regelverletzungen durch Personal und Kranke Alltag. Patientinnen und Patienten werden bei der Aufnahme routinemäßig durchsucht, Reinigungsritualen unterzogen, die man im Sinne von Garfinkel (195-) als „Degradierungsrituale verstehen kann, und in Anstaltskleidung gesteckt. Später werden sie gelegentlich gefilzt. Ihre Schränke kontrolliert. „Gefährliche“ Gegenstände vom Streichholz bis zur Nagelfeile werden ebenso konfisziert wie Alkohol, Drogen und anderen unerwünschte Dinge.

Mikrofone im Krankenzimmer zur Überwachung sind ein massiver Eingriff in die Privatsphäre; die Briefzensur dergleichen. Aber auch die Einzelpsychotherapie kann die Intimsphäre verletzen, wenn andere Mitarbeiter der Station etwas über ihre Inhalte erfahren. Ebenso die tägliche Protokollierung von Gefühlsäußerungen und Handlungen der Kranken durch das Pflegepersonal; Übergriffe wie Zwangsbehandlung, Isolation in unbedecktem Zustand in Räumen, in die Personal und Mitpatienten einsehen können; schließlich Zwangsernährung und vieles andere mehr.

Leider sind solche oder ähnliche Grenzüberschreitungen auch fünfzig Jahre nach Goffmans Beschreibung nur teilweise Vergangenheit.

„Aber Übergriffe gibt es nicht nur von Seiten des Personals. Es kommt immer wieder vor, dass die Kranken die geltenden Regeln der Höflichkeit und des Anstands verletzen und anderen, Mitpatienten wie Mitarbeitern, mit Wortlauten, Gesten und Handlungen zu nahe treten. Das Zusammenleben in psychiatrischen Einrichtungen ist, je kränker die Patienten sind, umso mehr durch die ständige Verletzung der Verhaltensregeln bestimmt. Es ist unmittelbar Ausdruck der Art und der Schwere der Störungen der Betroffenen. Aber man darf nicht übersehen, dass die soziale Umgebung, das Klinikmilieu, solche Regelverletzungen erleichtern oder erschweren kann. Sie nimmt wesentlichen Einfluss darauf, wie die Kranken das rituelle Spiel, ein Selbst zu haben, spielen.“ (101)

„Auf der ganzen Welt werden in Nervenkliniken Patienten meist nach dem Grad der offensichtlichen Geisteskrankheit geschieden. Das heißt also, dass Patienten nach dem Ausmaß, in dem sie zeremonielle Regeln von sozialen Beziehungen verletzen, eingeteilt werden. Es gibt sehr triftige praktische Gründe für diese Unterscheidung der Patienten nach diesen Kriterien; und in der Tat ist die Institution rückständig, die sich nicht bemüht, dies zu tun. Diese Aufteilung bedeutet aber sehr oft, dass Patienten, die auf bestimmten Verhaltensebenen extrem asozial sind, mit solchen direkt zusammen gebracht zu werden, die auf anderen Ebenen asozial sind. Dadurch werden Menschen, die überhaupt nicht in der Lage sind, ein lebensfähiges Selbst zu entwickeln, in einem Milieu untergebracht, wo dies erst recht unmöglich ist.“ (101)

Entwürdigungszeremonien

In der klassischen Psychiatrischen Anstalt, wird in der Tat alles getan, um die Kranken – die Insassen - an einem Leben in Würde zu hindern. Die innere Ordnung der Anstalt, unterbindet die Einhaltung von Respekt und Anstand, wie sie im „normalen“ Zusammenleben üblich sind. Goffman beschreibt das, wie folgt:

„Der Kranke angemessene sauber Kleidung zur Verfügung haben, wenn er sich als eine Person darstellen will, die sich benehmen kann. Damit man hübsch aussieht, braucht man Dinge wie eine Krawatte, Gürtel, Schuhbänder, einen Spiegel und Rasierklingen, was die Krankenhausleitung ihm durchweg verwehrt. Er muss auch über Essbesteck verfügen, das die Gesellschaft passend findet; und er wird feststellen, dass Fleisch schlecht mit einem Papplöffel gegessen werden kann. Und schließlich muss er ohne allzu großen Schaden für sich selbst in der Lage sein, bestimmte Arbeiten abzulehnen, die manchmal als „Arbeitstherapie“ bezeichnet werden und die seine soziale Gruppe als *infra dignitatem* ansieht.(102)

Die Verrücktheit der Institution: Ausschließung durch „Therapie“

Wenn Menschen rigorosen Zwängen unterworfen werden, werden sie, so Goffman, automatisch aus dem Kreis der „Normalen“ ausgeschlossen. Die Geschichte der Geisteskrankenfürsorge sei die Geschichte von Zwangsmethoden. Ihr Einsatz liefere wichtige Erkenntnisse darüber, wie Menschen die zeremonielle Grundlage für ihre Selbstbehauptung entzogen werden könne. Im Umkehrschluß lassen sich aus ihrer Geschichte die Bedingungen ableiten, die erfüllt werden müssen, damit ein Individuum ein Selbst aufbauen kann.

Im übrigen seien die Verhaltensregeln in psychiatrischen Krankenhäusern voller Paradoxe. Die Krankenhausangestellten gerieten dadurch wieder und wieder in ein Dilemma. Einerseits müssten sie als „normale“ Mitglieder der Gesellschaft Maßnahmen gegen Kranke ergreifen, die die Regeln zeremonieller Ordnung verletzen. Andererseits aber seien sie verpflichtet, für solche Menschen, die nicht

anders können, zu sorgen und sie zu beschützen. Einerseits verpflichtete sie ihr Beruf, unangemessenes Verhalten von Patienten unter Verzicht auf negative Sanktionen zu dulden. Andererseits reagierten sie immer wieder mit Missachtung und Zwangsmassnahmen auf die Kranken.

Einerseits müssten sie den Patienten Dienste erweisen, die außerhalb der Krankenhaus als Zeichen großer Ehrerbietung gelten, wie Socken wechseln, Schnürsenkel binden oder Fingernägel schneiden. Andererseits übten sie Macht über sie aus und demonstrierten moralische Überlegenheit gegenüber ihren Schützlingen.

„Eine letzte Eigentümlichkeit im zeremoniellen Leben psychiatrischer Anstalten ist, dass Individuen als Einheit in minimaler zeremonieller Substanz zusammenbrechen, und andere es erfahren, dass diese elementaren Einheiten, die sie für selbstverständlich gehalten hatten, in Wirklichkeit durch Regeln zusammengehalten werden, die in gewisser Weise ungestraft gebrochen werden können. Für diese Erfahrung, wie man sie auch im Krieg oder bei einem Begräbnis eines Verwandten machen kann, wird nicht viel gesprochen. Aber sie kann vielleicht Angestellte und Patienten unfreiwillig in einer Gruppe zusammenbringen, die eine unerwünschte Kenntnis teilt.“ (104)

Die moderne Gesellschaft bringe also Übertreter der zeremoniellen Ordnung an einem einzigen Ort mit normalen Mitgliedern der Gesellschaft zusammen, die dann miteinander zu leben hätten: „Sie leben an einem Ort abscheulicher Handlungen und Vereinbarungen, und dennoch halten einige von ihnen der zeremoniellen Ordnung außerhalb des Krankenhausrahmens die Treue“ (104).

Bemerkungen

„Ehrerbietung und Benehmen“ ist eine der frühen Arbeiten Goffmans, die erste, die sich explizit mit den Auswirkungen Psychisch-Krankseins und der Situation psychisch Kranker in der Anstalt befasst. Der Aufsatz mag einige Schwächen haben. Die Darstellung des Umgangs mit den Kranken, die an ein frühes Guantanamo

erinnert, mag durch ihre Verkürzung überzogen wirken. Aber vergessen wir nicht, dass die klassische kustodiale Anstalt in den 50er Jahren ein Ort der Ausschließung war.

Es fällt schwer zu glauben, dass Goffman seine Beobachtungen für diese Arbeit in einer für damalige Verhältnisse modernen Forschungsklinik gemacht hat. Allerdings hatte er zum Zeitpunkt der Veröffentlichung bereits einen Studienaufenthalt im Washingtoner St.-Elisabeth-Krankenhaus hinter sich, in deren Gefolge die „Asyle“ entstanden. Deshalb ist nicht auszuschließen, dass Beobachtungen aus dieser Zeit auch in diese frühe Veröffentlichung eingeflossen sind. Allerdings stehen die brutalen und entwürdigenden Formen des Umgangs mit psychisch Kranken in den Institutionen der 50er Jahre nicht im Vordergrund der Analyse.

Entscheidend ist die Erkenntnis, dass Menschen, die aufgrund ihres Psychisch-Krankseins nicht im Stande sind, die Regeln der Etikette einzuhalten oder auch nur zu erkennen, sozial ausgeschlossen und an einen Ort verbracht werden, an dem sie ihrerseits respektlos und entwürdigend behandelt werden. So kommt es, dass ihr Verhalten dort nicht gemildert und gebessert, sondern eher verschlimmert wird. Aus sozialer Perspektive kann kaum ein Ort ungeeigneter für die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen sein, als die alte Anstalt. Da es neben Elektroschock und Leukotomie keine somatischen Therapien gab, liegt nahe, dass die Spontan-Remission der einzige Weg war, die schwer psychisch Kranken vor dem Schicksal eines chronischen Anstaltsdaseins bewahren konnte.

Was bleibt, ist die Erkenntnis, dass die Unfähigkeit der Regeln der Etikette kennen und einzuhalten ist, psychisch Kranke sozial so an- und auffällig machen kann, dass sie ggf. sozial ausgeschlossen und in die psychiatrische Klinik verbracht werden - und zwar unabhängig von der Art und der Ursache ihrer Störung. Was auch bleibt, ist die Erkenntnis, dass psychisch Kranke Hilfe brauchen, die Regeln der Etikette wieder zu erlernen—und dass die klassische psychiatrische Anstalt der denkbar ungeeignetste Ort dafür ist. Wenn das kein Nebeneffekt von Pharmakotherapie und Psychotherapie ist, ist dies die Aufgabe sozialer Intervention im Rahmen von Milieu-Therapie oder gezieltem Training. Voraussetzung dafür aber ist, dass wir die Störung

der sozialen Beziehungen psychisch Kranker und ihre Gründe erkennen und in ihrer Bedeutung würdigen.

Psychiatrische Symptome und Öffentliche Ordnung

In seinem Essay „Ehrerbietung und Benehmen“ hat Goffman einige Aspekte der direkten Kommunikation von Menschen mit psychischen Störungen, die sich als Patienten in einer psychiatrischen Klinik befanden, in Abgrenzung zu Menschen herausgearbeitet, die nicht von solchen Störungen betroffen waren – dem Personal der gleichen Klinik. In seinem Aufsatz über „Psychiatrische Symptome und Öffentliche Ordnung“ geht es um die Auswirkungen direkter Kommunikation auf eine Gruppe, wenn das Verhalten einzelner Mitglieder von Symptomen psychischer Krankheit bestimmt oder beeinflusst wird.

Es ist bekannt, dass Menschen, die in das Blickfeld der Psychiatrie geraten, lange vorher in ihrer sozialen Umgebung auffällig geworden sind. „Was für den Psychiater Geisteskrankheit ist, hält die laienhafte Öffentlichkeit zuerst für beleidigendes Verhalten – Verhalten, das Spott, Feindseligkeit und andere negative soziale Sanktionen erweckt. Das Ziel der Psychiatrie ist es immer gewesen, eine technische Perspektive einzubeziehen: Verständnis und Behandlung haben Strafe zu ersetzen. Die Bemühungen um die Interessen des Missetäters werden an die Stelle der Bemühungen um den sozialen Kreis gesetzt, den er beleidigt hat.“

„Ich will nicht weiter darauf eingehen, wie unglücklich es sich für viele Missetäter ausgewirkt hat, dieses medizinische Glück gehabt zu haben,“ fügt er hinzu.“ (151)

Das Aufkommen der Psychoanalyse hat diese Sichtweise noch verstärkt. Für sie sind bestimmte Delikte—Regelverstöße--, „nunmehr Symptome genannt“, Bestandteil des – normalen - Kommunikations- und Abwehrsystems des „Missetäters“. Von daher ist es nicht weit zu der Schlussfolgerung, „dass sozial falsches Verhalten psychologisch normal sein kann... und ein „sozial richtiges Verhalten in Wahrheit krankhaft ist.“(151) Mit anderen Worten „ein offen sichtbares Symptom ist für den Psychiater lediglich die Erlaubnis, mit seinen Nachforschungen zu beginnen (151).

Überbewertung des Symptoms

Das hatte zur Folge, dass die Soziologie ihr Interesse an solchen Formen individuellen abweichenden Verhaltens verlor. Schließlich war ein Symptom nur ein Symptom ohne konkrete Bedeutung für die jeweilige soziale Situation. Die Psychiater auf der anderen Seite begaben sich durch die Überbewertung des Symptoms gegenüber der sozialen Situation--dem sozialen Delikt-- ihres Kompetenzvorsprungs zur Einschätzung unangemessenen Verhaltens gegenüber den Laien. Sie haben es nicht fertig gebracht, „eine systematischen Bezugsrahmen zur Identifizierung und Beschreibung der verschiedenen Delikte zu liefern, die im psychotischen Verhalten dargestellt sind.“ (152). Stattdessen bediene sich die Psychiatrie einer fachspezifischen und verhärtetenprache, mit Begriffen wie „Affektverflachung“, „Geziertheit“, „Maniriertheit“, „Kontaktverlust“ usw. So schreibe man in Eile Krankengeschichten. Zugleich aber versehe man die Therapeuten im Alltag mit zwei linken Händen.

Allerdings gehe es der Soziologie nicht besser. Ihre „moralistische Sprache“ beruhe auf der unglaublichen Überzeugung, dass „Leute gut, klar, direkt und offen miteinander kommunizieren sollten, als ob Kommunikation eine Pille wäre, die man schlucken muss, weil sie dem Magen gut tut.“ (152)

Die psychoanalytisch-psychotherapeutische Wende in der Psychiatrie hatte für die Soziologie eine weitere bedauerliche Folge. Sie begünstigte die Begegnung in „Zwei-Personen-Räumen“. Sie habe sich gleichsam unter Telefonzellenbedingungen abgespielt. Der Patient habe versucht, einen Weg zu finden, zu sprechen und sich mitzuteilen-wobei das Problem darin bestand, dass „die Leitung besetzt war, die Verbindung gestört oder der Partner am andern Ende zu scheu, zu argwöhnisch oder zu ängstlich um zu sprechen oder darauf bestand, dass ein Code benutzt wurde.“(153).

Hypnose und Wahrheitsdroge hätten geholfen, die Leitung frei zu bekommen. Später sei es mit der direkten Kortex-Ableitung durch das EEG zu einer Art

Direktverbindung zu kommen. Dadurch sei die soziologische Analyse der Situation per se ausgeschlossen gewesen. Wenige Berufe seien so erfolgreich gewesen wie die Psychiater, „ihre eigenen Vorstellungen über das, was sie taten zu institutionalisieren und im Markt zu verkaufen.“ (153)

Psychotisches Fehlverhalten als öffentliche Angelegenheit

Auf diese Weise war eine generelle Blindheit gegenüber der Tatsache entstanden, dass das Fehlverhalten eines Patienten, oft eine öffentliche Angelegenheit ist, schon weil jeder, der mit ihm zu tun hat, bemerkt, dass er sich unangemessen verhält. „Eine Psychose ist eine Krankheit, die jedem sichtbar wird: am Arbeitsplatz des Patienten, in seiner Nachbarschaft und zu Hause. Sie muss zumindest anfänglich als ein Verstoß gegen die an diesem Ort geltende soziale Ordnung angesehen werden. Die Kehrseite der Symptomenanalyse ist die Analyse der öffentlichen Ordnung, des Verhaltens an öffentlichen und halböffentlichen Plätzen“ (1954).

Auf diese Weise werde die psychische Störung soziologisch fassbar. Allerdings müsse die Analyse beginnen, bevor die Probleme des Kranken als psychische Störungen erkannt werden. Nur so werde es möglich, psychisch gestörtes Verhalten in seiner sozialen Dimension zu verstehen.

Damit sind die Sozialwissenschaftler, so Goffman, bislang allerdings nicht viel weiter gekommen, als die medizinischen Kollegen. Denn es sei zwar leicht, psychotisches Verhalten als soziale Abweichung zu definieren. Es sei aber noch leichter zu erkennen, dass viele Formen sozialer Abweichungen nicht als Beispiele für psychotisches Verhalten taugen, „obwohl tüchtige Psychiater und Psychologen versucht haben, die faulen Wurzeln überall, angefangen beim Verbrechen bis hin zur politischen Illoyalität, zu fassen...Wir müssen also fragen: auf was für eine soziale Ordnung bezieht sich psychotisches Verhalten?(155)

So viel ist klar: Ein zentrales Merkmal psychotischen Verhaltens besteht in der Unfähigkeit, sich in der Öffentlichkeit nach den allgemein anerkannten Regeln der

direkten Interaktion zu verhalten. „Psychotisches Verhalten ist in vielen Fällen das, was man als situationale Unangemessenheit“ (155) bezeichnen kann. Nun gibt es aber viele Formen situational unangemessenen Verhaltens, die nicht psychotisch begründet sind. Dem wird in der Literatur entgegengehalten, eine psychotische situationale Unangemessenheit sei eine Handlung, in die man sich nicht leicht einfühlen könne, weil der Handelnde den Eindruck erwecke, er sei unberechenbar und nicht vertrauenswürdig. Er lebe nicht in der selben Welt, wie man selbst (156).

Unbefriedigende Analyse

Obwohl dieser Ansatz auf den ersten Blick verlockend sei, hält Goffman ihn nicht für sinnvoll. Die scharfe Trennung zwischen symptomatischer und nicht symptomatischer situationaler Unangemessenheit sei sicher ein Teil unseres landläufigen begrifflichen Apparates zur Einschätzung von Menschen. Sie habe aber keinen direkten Bezug zum jeweiligen aktuellen Verhalten. Außer in Extremfällen gebe es nämlich keine Übereinstimmung darüber, in welche der beiden Schubladen bestimmtes Verhalten gehört. Der Konsens entstehe „erst nach vollendeter Tatsache, nämlich nachdem das Etikett Geisteskrankheit aufgeklebt ist.“ (156).

Aus diesen Gründen muss die soziologische Analyse der psychotischen Symptomatologie unbefriedigend bleiben. Sie umschließt ein Verhaltensspektrum, das als normal empfunden wird, ebenso ein, wie ein Verhaltensspektrum, das als psychotisch empfunden wird. Aus soziologischer Sicht könnte es deshalb hilfreich sein, in der situationalen Begegnung zwischen Kommunikation, die auch gestört sein könnte, und Verhalten unter Beachtung – oder Nichtbeachtung – der Regeln des Beieinanderseins zu unterscheiden.

„Sich psychotisch zu verhalten, bedeutet oft, sich mit anderen unmittelbar Anwesenden falsch in Beziehung zu setzen. Dabei wird etwas kommuniziert; aber die Verletzung gilt nicht in erster Linie der Kommunikation, sondern den Regeln des sich Zusammenschliessens. Diese Regeln und die daraus resultierenden Elemente des Zusammenseins, die sanktionierenden Modi des Zusammenkommens und

Beiseitestehens, ermöglichen wahrscheinlich einen naturalistischen Bezugsrahmen, in dem sogenannte psychotische Symptome systematisch eingeordnet und beschrieben werden können.“ (158)

Struktur und Begegnung

Nun geht es in der Soziologie traditionell um „Organisationen, Strukturen, Rollen und Status, sie ist nicht darauf eingestellt, Menschen zu beschreiben, wenn sie einfach zusammen sind.“ (158) Was in der unmittelbaren Begegnung geschehe, bei einem sozialen Ereignis oder während einer Versammlung, etwa einer Dinner-Party, einer Besprechung oder einer zufälligen Begegnung, sei eigentlich nicht ihr Feld. Aber genau darum geht es, wenn wir versuchen, psychotisch bestimmtes Verhalten zu beschreiben und abzugrenzen. Ein Teil davon ist „Metakommunikation“ im Sinne von Bateson und Ruesch. Dabei geht es auch um „Regeln für die Begegnungen zwischen Unbekannten, das heißt die Regeln für das Ansprechen und die Annäherung gegenüber Fremden, sowie die Regeln für die Situation in der man „mit“ jemandem zusammen ist.“ (160)

„Regeln, die unzentrierte Aktionen betreffen - einfaches und bloßes gemeinsames Anwesendsein in der selben Situation -, sind bisher kaum systematisch untersucht worden; die verfügbaren Anregungen kommen entweder aus Beschreibungen über Rückzug, zum Beispiel die von Bleuler oder aus Anstandsbüchern.“ (160)

Soziologen, die sich mit kollektivem Verhalten befassen, interessieren sich für Paniken, Aufruhr oder Massenverhalten. Aber sie machten sich wenig „Gedanken über die Struktur friedlichen menschlichen Verkehrs an öffentlichen Plätzen. Der Respekt vor einfachen physischen Schwankungen, der Wände und Fenster in Kommunikationsschranken verwandelt; die wohl strukturierte höfliche Unaufmerksamkeit, die anwesenden zuteil wird...; die Wahrung des eigenen Gesichts und der äußeren Erscheinung...; eine ausgewogene Verteilung von Engagement...: Diese normativen Forderungen bei bloßer Anwesenheit sind bis jetzt noch in keiner Weise symptomatisiert worden.“ (161)

Situationale Unangemessenheit

Genau darum aber geht es laut Goffman bei der Abgrenzung von psychotisch geprägtem Verhalten. Wenn ein Patient sich „in klassischer Weise psychotisch verhält“, gibt es Schwierigkeiten, solches Verhalten zu erkennen und einzuhalten.

Die Psychiatrie betrachtet solche Regelverletzungen als Symptome, die gegebenenfalls bei organischen Krankheiten und psychotischen Störungen unterschiedlich sind. „Aber das ist sicher eine Umkehrung der Verhältnisse. Der organisch kranke Patient verhält sich so, als habe er ein sozial strukturiertes Delikt begangen...Der funktionell kranke Patient aber zieht sich vom Kontakt in seiner volleren und ursprünglicheren Form zurück.“ (162).

Andererseits: „ich kenne kein psychotisches Fehlverhalten, das sich im alltäglichen Leben nicht mit dem Verhalten von Personen vergleichen ließe, die nicht psychisch krank sind, oder so eingeschätzt werden. Und in jedem dieser Fälle könnte man eine ganze Reihe verschiedener Motive des Fehlverhaltens und eine ganze Reihe verschiedener Faktoren angeben, die unsere Einstellung gegenüber diesem Verhalten modifizieren würden.

Ich möchte nur hinzufügen, dass psychiatrische Anstalten – vielleicht durch einen Prozess natürlicher Auslese – so organisiert sind, dass sie genau die Umgebung liefern, in der unfreiwillige Teilnehmer zum Ausspielen situationaler Unangemessenheit Zuflucht nehmen. Wenn man Leute aller üblichen Mittel, Zorn und Befremden auszudrücken beraubt, und sie an einem Ort zusammenbringt, an dem sie am ehesten Grund zu solchen Gefühlen hätten, dann wird die natürliche Zuflucht die sein, sich auf das zu stützen, was übrig bleibt - situationale Unangemessenheit des Verhaltens.“ (162)

Zusammenfassend hält Goffman fest: „Wenn Leute in unmittelbarem psychischen Kontakt miteinander treten, werden sie in bestimmter Weise für einander erreichbar. Hieraus erwachsen Möglichkeiten des physischen und sexuellen Angriffs,

angesprochen und in unerwünschte Gespräche hinein gezogen, durch Worte beleidigt oder belästigt zu werden; Möglichkeiten in das Territorium der anderen einzubrechen; solche der Missachtung und Geringschätzung gegenüber den Versammelten.... Die Regeln dieses Verhaltens, über die eine gegebene Gemeinschaft verfügt, legen die Form fest, die direktes Zusammenkommen annehmen wird; und daraus ergibt sich eine Art Königsfrieden, der garantiert, dass Leute sich durch die verfügbaren Idiome von Respekt gegenseitig respektieren, dass ihre gesellschaftliche Stellung und ihre interpersonellen Verpflichtungen einhalten, einem flüssigen Kommunikationsverkehr stattgeben, ihn aber nicht ausnützen..." (163)

„Verstöße gegen diese Regelungen schaffen situationale Unangemessenheiten... Diese Unangemessenheiten sind nicht in erster Linie sprachliche Akte der interpersonellen Interaktion, sondern Beispiele öffentlichen Fehlverhaltens – kein Fehler in der Übertragung von Informationen oder in der interpersonellen Beziehung, sondern in der Schicklichkeit und dem Benehmen, die direkte Begegnungen regulieren.“ (163)

„In dieser Welt sanktionierter Formen von Vereinigungen haben psychotische Symptome ihren natürlichen Platz, und gerade durch ein systematisiertes Bild der Zwänge, denen anerkanntes öffentliches Verhalten unterliegt, können wir über eine klare und deutliche Sprache über Symptomatologie entwickeln. Verhaltensregeln, die für und durch die Anwesenheit anderer gelten, sind Regeln, die Verhaltensregeln, die für und durch die Anwesenheit anderer gelten, sind Regeln, die die richtige direkte sprachliche Kommunikation ermöglichen. Aber diese Regeln und die vielen Verstöße gegen sie, die Psychotiker und andere Stigmatisierte dauernd zeigen, sind nicht in erster Linie als Kommunikationen anzusehen; sie sind vor allem Leitlinien (und deren Zusammenbruch) sozialer Organisation, der organisierten Vereinigung unmittelbar anwesender Personen.“(163).

Bemerkungen

Man kann und muss die Frage stellen, inwieweit Goffmans Überlegungen zur Beziehung von psychiatrischen Symptomen sozialer Ordnung mehr als 40 Jahre nach ihrer Formulierung heute noch zutreffen. Die Psychiatrie hat sich seither entwickelt. Sie hat soziale Aspekte in ihr Denken und bis zu einem gewissen Grad auch in ihre Diagnostik einbezogen. Die Soziologie auf der anderen Seite macht nach wie vor einen Bogen um die Erforschung der sozialen Dimension psychisch gestörten Verhaltens.

Für die Psychiatrie hat Frederic C. Redlich bereits in den 50er Jahren vorgeschlagen, dass das Verhalten von Menschen, die möglicherweise unter einer psychischen Störung leiden, jenseits der vordergründigen Symptomatikologie unter folgenden Gesichtspunkten zu prüfen ist:

1. In welcher Situation manifestiert sich das Verhalten?
2. Ist es eine neue Verhaltensform? Oder hat sich der Betroffene schon immer so verhalten?
3. Wie ist der kulturelle Hintergrund?

Diese Analyse relativiert manches auf den erstens Blick merkwürdige Verhalten.

Es ist ein Unterschied, ob ein Afrikaner oder ein Hannoveraner angsterfüllt davon berichtet, dass er mit guten oder mit bösen Geistern kommuniziert.

Es ist ein Unterschied, ob jemand im Sommer oder im Winter nur mit einer Badehose bekleidet auf der Tübinger Neckarbrücke hin und her spaziert. Und wenn er das im Winter tut, bleibt die Frage, ob dies ein spontaner Einfall ist, oder ob das winterliche Bad im Neckar seit 15 Jahren zu seinen Gewohnheiten gehört.

Ich bin mit Goffman der Überzeugung, dass es kaum ein Verhalten gibt, dass als Zeichen psychischer Krankheit gedeutet werden kann, das nicht auch bei Gesunden vorkommt. Trotzdem bleibt das „Merkwürdige“ Verhalten, das in der sozialen Umgebung des Betreffenden auffällt, ein Grund, wie Goffman schreibt, eine Erlaubnis, mit seinen Nachforschungen zu beginnen, wenn der Betreffende zu ihm kommt oder von Dritten zu ihm gebracht wird.

In der Psychiatrie suchen wir in diesem Fall nach Symptomen. Wir stellen „inadäquates“ Verhalten fest. Wir konstatieren Maniertheit, Grimassieren oder bizarres Verhalten. Das sind alles Begriffe aus der klassischen Psychiatrie. Sie sind auch nicht falsch. Aber sie sind Abstraktionen oder Verkürzungen, die die Hintergründe solchen Verhaltens und die sozialen Situationen, in denen es sichtbar wird, nicht beachten.

Zugleich enthalten diese Begriffe oft negative soziale Wertungen. Bei der hebephrenen Form der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis beispielsweise, ist von „läppischem“ oder flegelhaften Verhalten die Rede.

Im Glossar psychischer Krankheiten, der ICD 9, lesen wir von einer Form der Erkrankung, bei der „unverantwortliches und nicht vorhersagbares Verhalten auftritt und Manierismen häufig sind. Der Affekt ist abgeflacht und inadäquat, häufig verbunden mit Kichern oder selbstgenügsamem, auf sich selbst bezogenen Lächeln, oder mit stolzem Gehabe, mit Grimassen, Manierismen, Possen, hypochondrischen Klagen und häufig wiederholten Redensarten. Das Denken ist zerfahren. Der Patient hat die Tendenz, sich abzusondern, und das Verhalten erscheint ziel- und gefühllos.“(79)

Alles dies ist eine „inadäquate“ Beschreibung von Verhalten, losgelöst von der sozialen Situation, in der sie beobachtet wird. Zugleich ist diese Beschreibung wertend, bzw. abwertend. Sie wirkt letzten Endes stigmatisierend.

Da psychische Krankheiten nicht aufgrund von Einzelsymptomen festgestellt werden, sondern aufgrund von Symptombündeln, mögen sie für die Diagnostik sogar genügen. Aber sie sind völlig untauglich, die Kranken zu verstehen. Das aber ist Grundvoraussetzung für eine Therapie, die den ganzen Menschen einbezieht, und für die Schaffung eines therapeutischen Milieus, das jene Situationen zu meiden trachtet, die Eskalation der Verhaltens- und Gefühlsentgleisungen in der direkten Interaktion, in der Begegnung mit anderen Menschen beiträgt. Leider trifft auch heute noch zu, was Goffman vor mehr als 40 Jahren behauptet hat, nämlich, dass gerade die Regelsysteme psychiatrischer Krankenhäuser dies nicht tun. Das mag übrigens

einer der Gründe sein, weshalb sich Kranke in Kliniken oft auffälliger verhalten als außerhalb.

Psychiatrie und Soziologie sind aufgerufen, sich verstärkt mit den Auswirkungen psychiatrischer Symptome in sozialen Situationen auseinander zu setzen. Die Soziologen, um zu einem besseren Verständnis beizutragen; die Psychiater, um die Behandlungschancen zu verbessern. Die Erkenntnisse beider können den Kranken helfen, im Verlauf ihres Genesungsprozesses besser zu verstehen, was sich in der Krankheit in ihrer Interaktion mit anderen Menschen abgespielt hat, das sie hat gleichsam aus der Rolle hat fallen lassen, was sie am Verhalten der anderen und die anderen an ihrem Verhalten befremdet hat. Dabei kann die Psychiatrie, anders als vor 40 Jahren, einiges zu den krankheitsdynamischen Hintergründen beitragen, die jene Symptome auslösen, die sich in der Störung des Sozialverhaltens in der direkten Interaktion in formellen und informellen Begegnungen niederschlagen.

Die Verrücktheit des Platzes (The Insanity of Place)

Im ersten Aufsatz, den ich oben dargestellt habe, „Respekt und Anstand (Deference and Demeanor)“ von 1957, nutzt Goffman seine Beobachtungen in einer psychiatrischen Klinik, um hinsichtlich der Grundformen des Umgangs von Menschen in direkter Interaktion, in unmittelbaren Begegnungen also, zu nähern. Er ist überzeugt davon, dass es unabhängig von der zugrunde liegenden sozialen Struktur unter den sozialen Rollen der Beteiligten, Regeln von Respekt und Anstand sind, (die Übersetzerinnen haben die Begriffe „Ehrerbietung und Benehmen“ gewählt), die solche unmittelbaren Begegnungen bestimmen. Werden sie nicht eingehalten, ist die direkte Interaktion gestört. Zumindest einer der Beteiligten gewinnt den Eindruck, er werde nicht respektiert, sein Gegenüber trete ihm zu nahe, missachte oder belästige ihn, kurz: er benehme sich nicht anständig.

Goffman nutzt den Kontrast des Verhaltens von Menschen, die sich unter anderem deswegen in psychiatrischer Behandlung befinden, weil ihnen unterstellt wird, dass sie die Regeln von Respekt und Anstand nicht einhalten können und den Mitarbeitern der Klinik, denen „normales“ Verhalten unterstellt wird. Diese Kontrastierung gelingt nur teilweise. Es stellt sich heraus, dass die psychiatrische Klinik ein Ort ist, der auch beim Personal Grenzüberschreitungen begünstigt, die nach Goffmans Auffassung, systemimmanent sind. Deshalb können die Kranken nicht nur von Seiten mancher ihrer Mitpatienten, sondern auch von den Mitarbeitern nicht mit dem Respekt und dem Benehmen rechnen, die bei Begegnungen außerhalb des psychiatrischen Rahmens selbstverständlich wären und die, so Goffman, für die Überwindung ihres eigenen gestörten Verhaltens unbedingt notwendig sind.

Im zweiten Aufsatz über psychiatrische Symptome und soziale Ordnung (Mental Symptoms and Public Order, 1964) arbeitet Goffman heraus, welche Ebenen der sozialen Interaktion psychiatrische Symptome in der Begegnung mit anderen Menschen bedeutsam werden. Entscheidend sei nicht die Sozialstruktur oder das Rollenverhalten, sondern die Beachtung für die Verletzung von Regeln in formellen oder informellen - auch zufälligen – unmittelbaren Begegnungen, das als verständnisvoll oder sympatisch, als befremdend oder abstoßend, als bedrohlich oder unverfänglich, als höflich oder unhöflich, als verständlich oder unverständlich erlebt wird, und entsprechende Reaktionen zur Folge hat.

In seinem dritten Beitrag dieser Grundthematik wird Goffman konkreter. Im siebzigseitigen Anhang zu seinem Buch „Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung“ („Relations in Public“ 1971; deutsch: 1974) wendet sich Goffman gezielt dem zwischenmenschlichen Umgang bei psychisch gestörtem Verhalten zu –speziell beim manischen Verhalten. Obwohl der Text ausdrücklich als Anhang deklariert ist, gehört er als Schlusskapitel in den Zusammenhang des Buches. Er ist die logische Fortsetzung des vorangehenden Kapitels, dessen Gegenstand „normale Erscheinungen“ („Normal Appearances“) sind. Auch in anderen Kapiteln bemüht er immer wieder Beispiele aus der Psychiatrie. Wie in früheren Arbeiten verweist der Reader immer wieder darauf, dass die Analyse deutlich abweichenden sozialen Verhaltens mit dem Verständnis zwischenmenschlichen Verhaltens allgemein besonders dienlich sein kann.

Der Titel – auch der englische Originaltitel – ist nur aus dem Zusammenhang des Aufsatzes verständlich. Was Goffman meint, fasst er am Ende seines Beitrages zusammen: Das Schlimmste, was eine Person tun könne, sei, dass sie auf aufhöre, den ihr zugewiesenen sozialen Ort – ihren Platz – einzunehmen. Das sei so ungewöhnlich, dass der sozialen Umgebung der Boden unter den Füßen heiss werde. Wo immer eine solche Person auftauche, entstehe Verwirrung. Dies sei typisch für manisch Kranke, um die es in dem Aufsatz vor allem geht: Der manisch Kranke lehne es ab, das soziale Spiel zu spielen, das Ordnung und Sinn in unser Leben bringe. Er halte sich an keine Regeln, halte keine Distanz, zeige keinen

Respekt und nehme dabei Statusverlust und Degradierung – schlimmstenfalls auch Gewalt - in Kauf. Er bringe seine Mitbürger, insbesondere seine Familie zur Verzweiflung, weil er weder Sanktionen noch Belohnungen zugänglich sei. Er mische sich in alles ein; er beschränke sich nicht auf seine eigenen Angelegenheiten, kurz er bleibe nicht an seinem Platz.

I Eine zweifelhafte Doktrin

Die Einleitung zu „Verrücktheit des Platzes“ ist zugleich eine Distanzierung von der Psychiatrie als Teil der Medizin: Seit mehr als 200 Jahren habe man an der Doktrin festgehalten, dass es so etwas wie eine Geisteskrankheit gibt, dass die eine Krankheit wie jede andere sei und dass diejenigen, die an ihr litten, medizinisch zu behandeln sei. Sie müssten von Ärzten behandelt werden und sie dürften für ihren Zustand nicht verantwortlich gemacht werden. „Dieser Glauben ist von sozialem Nutzen. Gebe es ihn nicht, müsste er wahrscheinlich erfunden werden.“ (434)

Goffman hält dagegen, in den letzten 20 Jahren – der Aufsatz wurde 1969 zuerst veröffentlicht – sei man jedoch zu der Einsicht gekommen, die medizinische Behandlung von psychischen Störungen ein zweifelhafter Segen sei.

„Die beste Behandlung, die man für Geld kaufen konnte, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Einzeltherapie, hat sich nicht als besonders wirksam erwiesen. Die Behandlung, die die meisten Patienten erhalten – nämlich Hospitalisierung – hat sich als sehr fragwürdig erwiesen. Zwar werden die Patienten meistens wieder gesund, zumindest vorübergehend, aber das scheint trotz und nicht wegen der psychiatrischen Anstalten der Fall zu sein.“ (434)

Diese hätten sich als „hoffnungslose Ablageplätze und Aufbewahranstalten erwiesen, die in psychiatrischen Veröffentlichungen herausgeputzt werden.“ Sie dienten dazu, die Kranken vom Schauplatz ihres symptomatischen Verhaltens zu entfernen. Das könne zwar günstige Auswirkungen haben. Aber dies sei der „Einhegung“ nicht den Ärzten zu verdanken. Und der Preis, den die Kranken dafür zu zahlen haben, sei beträchtlich: „Entfernung aus dem bürgerlichen Leben, Entfremdung von geliebten

Personen, die die Einlieferung arrangierten, Demütigung durch die Reglementierung und Überwachung in der Anstalt, dauernde Stigmatisierung für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt. Es ist nicht nur eine schlechte, sondern eine groteske Behandlung.“ (435)

Goffman räumt ein, dass sich in den 60er Jahren einiges verändert hat. Die Lebensverhältnisse in den Anstalten seien besser geworden. Die rechtliche Position sei gestärkt worden. Und wenn Heilung nicht möglich sei, sei es Ziel der Behandlung, die Kranken „in eine Nische der freien Gesellschaft zu behalten“ oder toleriert werden könne. Wenn solche Zufluchtsorte nicht existierten, würden sie geschaffen.

Diese Umorientierung zur gemeindenahen Psychiatrie führt zu mancherlei Belastungen für die Umgebung der Kranken. Aber diese leider durch die „allgemein anerkannte“ Auffassung von psychischen Störungen gerechtfertigt, dass der Patient nur Symptomträger einer krankmachenden Situation sei. Deshalb sei es nur fair, die Lasten zu verteilen und die Probleme gemeinsam, „am besten mit psychiatrischer Beratung“, zu lösen.

Diese Neuentwicklung sei begrüßenswert, aber sie hat Konsequenzen für alle Beteiligten. Um diese zu verstehen, sei es notwendig, die Bedeutung der Symptome zu begreifen und ihre Auswirkungen auf jene Menschen zu untersuchen, die in den Augen der Kranken eine wichtige Rolle in ihrem Leben spielen.

II Der Platz

„Goffmans Platz“ ist ein „virtueller Ort“. Gemeint ist der Platz des Individuums in der Gruppe, in der Gemeinschaft, in der es lebt. „Die Behandlung, die ein Individuum anderen zukommen lässt, und die ihm selbst zu Teil wird, bezeugt oder unterstellt eine Definition von ihm, nicht anders als die unmittelbare Szene, in der sich die Behandlung abspielt. Es handelt sich dabei um eine „virtuelle“ Definition, die auf den Interpretationsweisen der Gemeinschaft basiert und jedem kompetenten Mitglied zur Verfügung steht...“ (440).

Es handle sich dabei um eine „stillschweigende Codierung“, die verinnerlicht ist und nicht um Vorstellungen oder Bilder, die die Beteiligten bewusst vor Augen haben. Der Platz, den Goffman meint, ist der Platz des Individuums in der Gemeinschaft, konstituiert sich durch Selbst- und Fremdwahrnehmung, durch soziales Handeln, - also durch Interaktion zwischen dem Individuum und den anderen. Kompliziert wird es dadurch, dass die jeweilige gegenseitige Wahrnehmung nicht mit der sozialen oder emotionalen Realität der Beteiligten übereinstimmen muss.

Goffman unterscheidet zwischen von außen zugewiesenen virtuellen Definitionen des Individuums, die die „Person“ konstituieren, und virtuell „agierten“ Annahmen, die das „Selbst“ des Individuums konstituieren: „Personen und Selbst sind Portraits desselben Individuums. Das erste encodiert in den Handlungen der anderen. Das zweite encodiert in den Handlungen des Subjekts selbst.“ (414)

Das Individuum als Person kann sich gegen die Fremddefinition zur Wehr setzen oder sich ihr unterwerfen. In dieser Auseinandersetzung geht es auch um das Selbst, immer wenn Gefühl wie Stolz und Scham betroffen sind. Aus dem Austausch mit den anderen resultiert schließlich die Persönlichkeit des Einzelnen, die Zuweisung seiner sozialen Rollen. Dabei handelt es sich um einen komplexen Prozess, der zwangsläufig störanfällig ist.

„Das Individuum umreißt sein Selbst, kommentiert sein Tun, und kommentiert sein Kommentieren, während die anderen den ganzen Vorgang bei ihrer Beurteilung seiner Person berücksichtigen, was er selbst dann wieder berücksichtigen kann bei der Revision seiner Ansicht über sich selbst“ (442).

Goffman fügt diesem komplizierten Satz hinzu, dass, soviel er wisse, bisher eine adäquate Darstellung dieser Komplikationen fehle.

Wenn Außenwahrnehmung und Binnensicht, Person und Selbst miteinander harmonisieren, wenn andere auf seine Erwartungen eingehen und er auf die Erwartungen der anderen, dann „kann er sein, der er zu sein meint“ (444).
Geschieht das nicht, werden Verhaltensregeln verletzt. Dann laufen die Beteiligten

jenseits der Regelverletzung Gefahr, „diskreditiert“ und in ihrer Identität beschädigt zu werden. „Ein Teil der Definition sowohl des Akteurs als auch des Rezipienten ist bedroht, in geringerem Maß auch die Gemeinschaft, der beide angehören“ (444).

Deshalb sind alle Beteiligten bestrebt, die jeweils geltenden Regeln einzuhalten und zugleich ihren „normativ abgestützten Platz in der Gruppe“ zu behaupten. Dabei spielt nicht nur der „Vollzug seiner wesentlichen Verpflichtungen“ eine Rolle, sondern auch Gesten. „Durch kleine Akte der Rücksichtnahme und der Höflichkeit, durch kleine verhaltensmäßige Warnsignale gibt das Individuum Annahmen über sich selbst kund.... Das gesamte von anderen wahrgenommene Verhalten des Individuums hat eine indikatorische Funktion. Es besteht aus stillschweigenden Versprechungen und Drohungen und bestätigt oder widerlegt, dass es seinen Platz kennt und behauptet.“(445/6)

III Am falschen Platz: Körperliche und psychische Krankheit

Was aber, wenn der Eindruck entsteht, dass es – gleichsam –am falschen Platz ist? Was ist, wenn es Regeln, die es vorher anerkannt hat, plötzlich negiert, wenn es sich unvermittelt abweichend verhält und Respekt und Rücksichtnahme vermissen lässt?

Dann werden diejenigen, die sich in ihren Interessen verletzt fühlen, reagieren. Sie werden sich wehren oder zurückziehen, sie werden Sanktionen ergreifen, werden den Regelverletzer schlimmstenfalls aus ihrer Gemeinschaft ausschließen. Allerdings macht es einen Unterschied, ob seine Regelverletzungen auf Krankheit – körperliche oder psychische – zurückgeführt werden oder als „Normale“--gegebenenfalls kriminelle—soziale Abweichung verstanden werden.

Bei körperlichen Erkrankungen herrscht Einigkeit darüber, dass der Organismus betroffen ist. Die „Abweichungen von den biologischen Normen ... haben keinerlei moralische oder soziale Bedeutung“. Bei psychischen Krankheiten ist das anders:

Wenn „in eine Handlung, die später als psychisches Symptom aufgefasst wird, von dem Individuum, das später als Geisteskranker angesehen wird zum ersten Mal ausgeführt wird, wird sie nicht als Krankheitssymptom betrachtet, sondern als Abweichung von sozialen Normen, das heißt als Verstoß gegen soziale Regeln und soziale Erwartungen. Die Re-Interpretation eines Vergehens oder Verstoßes als organisches wertfreies Symptom kann unter Umständen ziemlich spät erfolgen...“(447).

Die Auffassung, dass psychopathologisches Verhalten an der Oberfläche eine Form sozialen Abweichens darstellt, von der Psychiatrie mehr oder weniger anerkannt. Allerdings fehle den Psychiatern das Verständnis dafür, dass die Folgen solchen Verhaltens eher ein „politisches als ein medizinisches Problem“ seien. Die medizinische Reaktion auf psychiatrisch begründetes abweichendes Verhalten sei einfach: Therapie, Wiederherstellung, oder, wenn diese ausbleibt, Desorganisation. Aus soziologischer Sicht greifen auch in diesem Fall Mechanismen der sozialen Kontrolle, die von der Selbst-Kontrolle über die informelle soziale Kontrolle bis zu formellen sozialen Sanktionen reichen.

Es handelt sich dabei um moralische Instrumente, die bei psychischer Krankheit versagen. Der Kranke ist oft „nicht in der Lage zu erkennen was er tut. Er ist sich über die Auswirkungen seiner Handlungen im Klaren, aber nicht fähig, zu unterlassen, oder steht ihnen indifferent gegenüber; oder er ist sich über die Auswirkungen bestimmter Handlungen im Klaren und führt sie mit bösem Vorbedacht gerade wegen ihrer Folgen aus.“(447). Damit greifen die üblichen Mechanismen sozialer Kontrolle vielfach ins Leere.

Körperlich Kranke sind in ihrem Vermögen eingeschränkt, bestimmte Handlungen zu vollziehen. Aber sie bestehen darauf, dass sie dem Anschein zum Trotz, tief in ihrem sozialen Innern, Menschen sind, die ihren Platz kennen, Menschen sind, die genau wissen, was sie sein müssten, um normale Personen zu sein, und die diese Person im Geist auch sind, ungeachtet dessen, was ihrem Leib widerfahren ist.

„Selbst der Beckettsche Darsteller, der bis zum Kopf in der eisernen Lunge steckt und unfähig ist, sich die Nase zu putzen, bringt mittels seiner Augenbrauen

irgendwie zum Ausdruck, dass wir es bei ihm mit einer selbständigen Person zu tun haben, die weiß, wie sie sich zu benehmen hat, und die sich ganz bestimmt auch so benehmen würde, wenn sie körperlich dazu in der Lage wäre“(455).

Familie und Gemeinschaft respektieren das. Sie behandeln ihn als loyales, ordentliches Mitglied der Gesellschaft. Sie halten seinen alten Platz für ihn frei. Sie anerkennen, dass er gute Gründe hat, sich so zu verhalten, wie er es tut. Selbst bei unheilbar Kranken müssten Familie und Gesellschaft dies respektieren. Selbst wenn ein Kranker simuliere, werde die Krankenrolle selber nicht in Frage gestellt.

Bei psychischen Krankheiten ist das anders. Die Kranken sind in ihrer Identität bedroht, als Person und als Selbst in Frage gestellt. Denn anders, als mannigfache andere Formen abweichenden Verhaltens, die dem Regelverletzer Vorteile bringen, ist psychische Krankheit fast immer mit sozialer Abwertung und oft mit Stigmatisierung verbunden. Das mag auch ein Grund dafür sein, dass psychisch kranke Menschen sich oft heftig dagegen wehren, das Etikett „psychische Krankheit“ zu akzeptieren.

Regelverstöße

Es sind nun die Besonderheiten von Regelverstößen aufgrund psychischer Störungen? Dass die üblichen Mittel der sozialen Kontrolle oft nicht greifen habe ich bereits erwähnt. Dazu kommt, dass Menschen mit psychischen Störungen sich oft wenig Mühe geben, ihren Regelverstoß zu verbergen oder „rituell zu neutralisieren“. Sie kommen oft unter Bedingungen zustande, die es den Betroffenen nicht erlauben, das Problem durch physischen Rückzug zu lösen, dies aber auch nicht zulassen, „die neuen Selbstannahmen des gegen die Regel verstoßenden zu legitimieren.

Bei den Normen, gegen die verstoßen wird, handelt es sich oft um solche, die häufig Anwendung finden und die ständig bestätigt und bekräftigt werden, da sie sich oft auf expressives Verhalten ziehen- ein Verhalten, dass allen in Reichweite befindlichen Warnungen, Fingerzeige und Hinweise über die allgemeinen Selbst-Annahmen des Akteurs vermittelt...Mit einem Wort, psychische Symptome und vorsätzliche

situationelle Ungehörigkeiten, die beweisen, dass das Individuum gewillt ist, seinen Platz beizubehalten“ (460).

Psychische Symptome sind meist keine zufälligen sozialen Übertretungen. Sie sind meist offensiv. „Die Unannehmlichkeiten verursachenden Akte sind in diesem Fall nicht bloß, wie bei organischen Symptomen, zufälligerweise sozial verletzend, sondern werden, zumindest anfänglich, als eine vorsätzliche soziale Abweichung aufgefasst“ (460).

Nun gibt es, wie bereits mehrfach betont, kaum eine soziale Handlung, die nicht für sich genommen angemessen oder in einer bestimmten Situation gerechtfertigt werden kann.

„Psychische Symptome sind also weder etwas Selbständiges noch alles, das so bezeichnet wird, sondern Handlungen eines Individuums, die anderen öffentlich anzeigen, dass es Vorstellungen in sich haben muss, die die relevante soziale Teilorganisation weder zulassen noch verändern kann.

Hält der Patient an seinem Symptomverhalten fest, kommt es sowohl zu Destruktionen der Organisation als auch zu Destruktionen in den Köpfen der Mitglieder. Jemanden als Geisteskrank einzustufen, ist ein verzweifelter Versuch, mit einem destruktiven Individuum fertig zu werden...-ein Versuch, der kaum Aussicht hat, eine Lösung der Situation herbeizuführen...

Es sind diese Destruktionen, womit sich die Vertreter der Auffassung, dass man die psychisch Kranken in der Gesellschaft lassen sollte, in erster Linie befassen müssen. Genau diese Destruktionen haben die Psychiater ununtersucht gelassen, und die Soziologen ignorieren sie, wenn sie Geisteskrankheiten bloß als einen Etikettierungsprozess betrachten“(461).

IV Gestörte Identität und soziale Auffälligkeit

„Die Unfähigkeit, das eigene Verhalten in Übereinstimmung mit von anderen anerkannte Selbst-Annahmen zu organisieren, zeigt sich am auffälligsten in jenen dramatischen Fällen, in denen das als desorganisiert angesehene Individuum sich eine persönliche biographische Identität zulegt, die nicht seine eigene ist“ (462). Der Betroffene ist jemand anders, er ist König von Schweden, Sabine Christiansen, Chirurg, Filmschauspieler usw. In solchen Situationen hat er oft Größenideen. Er versucht andere zu veranlassen, durch ihr Verhalten ihm gegenüber seine angenommene Identität zu bestätigen.

Psychiatrische Anstalten hätten mit solchem Verhalten früher kaum Schwierigkeiten gehabt, allenfalls hätten sich die Pfleger darüber belustigt. Die Angehörigen hätten die Möglichkeit gehabt, sich zurückzuziehen, ihre Besuche einzuschränken, wenn Kranke sie als Verdächtige, Fremde wahrgenommen und behandelt hätten. In ähnlicher Weise könnten die Therapeuten sich entziehen, wenn es ihnen zu viel würde. Die Anstalt gewährleistet Distanz.

Das alles hat sich seit der Verlagerung eines großen Teils der Behandlung in die Gemeinde dramatisch geändert. Dort sind keine dramatischen Störungen des Verhaltens bei der Selbstwahrnehmung notwendig, um Unruhe, Ärger oder Angst hervorzurufen. Es dürfte kein Zufall sein, dass psychisch kranke Menschen an bestimmten öffentlichen oder halböffentlichen Orten besonders häufig auffällig werden- „Geschäfte, Nachbarschaften, öffentliche Verkehrsmittel usw. An diesen Plätzen hat ein feines Netz von Verpflichtungen Geltung, das einen geordneten Verkehr und ein friedliches Zusammenkommen der Verkehrsteilnehmer gewährleistet. Hier gibt es verschiedene, genau abgrenzbare Formen der persönlichen Territorialität, deren Respektierung ein entscheidendes Mittel für die Strukturierung gegenseitiger Anwesenheit darstellt.

Viele klassische Symptome der Psychose stellen eine Verletzung gerade dieser territorialen Arrangements dar. So kommt es zum Beispiel zu Übergriffen, wenn eine psychiatrische Patientin in einem Supermarkt grundlos die Waren im Einkaufswagen eines Kunden durcheinander wirft oder hinter die Theke geht, um zu untersuchen,

was sich dort befindet, oder sich an der Kasse ungeniert vorbeidrängelt, oder sich in eine Unterhaltung zwischen Personen einmischt, die sie nicht kennt“ (464).

Immer wieder kommt es vor, dass das Ausagieren von Symptomen psychischer Störungen die Reaktionen der Umwelt darauf in einen wahren Teufelskreis führen. Soziologisch nennt man das die Verletzung der „informellen Regeln für die Handhabung des persönlichen Raums“. Das hat nicht nur für den Kranken Folgen. „Seine Unfähigkeit, den ihm zukommenden Platz einzunehmen, hat vielmehr auch für seine Kollegen destruktive Folgen, indem sie die Gefühle untergräbt, das eine gemeinsame Verständigung im Bezug auf den sozialen Platz eines jeden von Ihnen existiert, die ein zuverlässiger Führer bei ihren täglichen Handlungen ist“(466).

Das hat die Konsequenz, dass die anderen ihn meiden, wo immer das möglich ist und ihn von gemeinsamen Entscheidungen und Unternehmungen ausschließen. Wenn das nicht möglich ist, bedienen sie sich eines „gut zuredenden, beschwichtigenden, unverbindlichen Antwortstils, dazu dient die Interaktion, sowie wie möglich zu beschränken...“ (465) „Sie spionieren ihm nach, um besser mit ihm fertig zu werden. Sie treffen sich heimlich, um zu überlegen, wie am besten mit ihm umzugehen ist.“ „Allgemein die spezielle Solidarität, die der Zwist zwischen ihnen und ihm produziert hat“ (466).

Die Folge eines solchen Ausschlusses kann sein, dass dem Betreffenden jedes korrektive Feedback fehlt, so dass er sich zu heftigen Ausbrüchen hinreißen lässt, um die unsichtbare Mauer zu durchbrechen, die seine Kollegen um ihn aufgerichtet haben. „Sie ihrerseits können es für nötig halten, ein kollusives Netz zu bilden, um ihn so weit zu bringen, dass er die Aufmerksamkeit eines Psychiaters auf sich zieht.“(467) Eine solche Eskalation von wechselseitigem Verhalten begünstigt eine paranoide Atmosphäre und verstärkt nicht selten die Symptomatik. Im Extremfall wird „eine paranoide Gemeinschaft für den Paranoiker aufgebaut“ (467).

V Familie und psychische Krankheit. Manie zum Beispiel. Böser Traum, unerträgliche Bedrohung

Bislang ist von den belastenden Wirkungen psychischer Krankheit und psychiatrischer Symptome und ihrer destruktiven Wirkung auf unspezifische Gruppen die Rede gewesen. In seinen Schlussüberlegungen hält Goffman dazu fest: „Es ist viel verlangt, wenn man von deren Mitgliedern erwartet, verständnisvoll und hilfreich zu reagieren – es ist ein Wunder, dass sie so tolerant sind, wie sie es sind.“(467)

Wie nun wirkt sich psychische Krankheit innerhalb einer Familie aus? Die Bindungen, die gegenseitigen Verpflichtungen der Familienmitglieder für einander, sind viel intensiver und enger als in anderen Gruppen. Sie erweisen einander Achtung, Zuneigung und moralische Unterstützung. Jede Familie hat ihre eigene Mikrokultur; und jedes Familienmitglied kennt seinen Platz in diesem System. Die Familienkultur und die Familienstrukturen tragen zur Entwicklung und Prägung der Persönlichkeit bei. Einschneidende Veränderungen des Familienverbandes können deshalb „life-events“, Ereignisse von lebensveränderndem Charakter sein. Zugleich sind die Kompensationsmöglichkeiten der Familie für psychische Störungen begrenzt. Am ehesten bewältigt sie solche, die hauptsächlich eine innere Belastung darstellen, wie Depressionen und Regressionen oder sogenannter „stiller Suff“, die vor der Öffentlichkeit verborgen werden können. Anders ist das bei sozial auffälligen manisch Kranken oder bei paranoiden Patienten. „Diese Strukturen konstituieren die Verrücktheit des Platzes“ (470).

Am Beispiel der Manie verdeutlicht Goffman deren Charakteristika. Die beginnende Manie bewirke zunächst wenig fassbare Veränderungen. Diese reichten aber aus, die Stellung des Erkrankenden in der Familie zu problematisieren—etwa wenn er geltend mache, dass er keine Zeit mehr habe, den gewohnten Anteil an der Alltagsarbeit zu leisten.

Er erteile in zunehmendem Maße den anderen Familienmitgliedern Befehle, zeige Ärger und Ungeduld, mache Versprechungen, die er brechen zu können glaube,

leiste sich Übergriffe auf die Gegenstände und den Raum anderer Familienmitglieder, zeige je nach Laune Zuneigung oder Missachtung und sei überzeugt, er brauche sich nicht länger an die in der Familie geltenden Regeln wie Essen, Zu-Bett-Gehen und Aufstehen zu halten. Er werde übertrieben kritisch mit Familienmitgliedern und äußere sich abfällig über sie (471).

Solches Verhalten kann eskalieren. Es kann sich auf seine Selbstdarstellung und sein Handeln nach außen übertragen. Der Kranke stellt die Familie damit bloß. Verschleudert deren Besitztümer. Er verhält sich merkwürdig und bizarr. Aber nicht das Bizarre und Verrückte an seinem Verhalten ist es, so Goffman, dass die Familie am meisten beunruhigt. Sie versteht einfach nicht, dass er seinen Platz in den familiären Beziehungen nicht einnimmt. „Von jemandem, zu dem wir eine sehr enge Beziehung haben, erwarten wir, dass er keine Überzeugungen hat, die ihn uns entfremden“ (472).

Die unablässigen Bemühungen der Familie, ihn von seinen Wahnvorstellungen abzubringen, ihn zur Vernunft zu bringen, „können als ein Versuch der Familie aufgefasst werden, den Patienten dazu zu bringen, wieder in eine angemessene Beziehung mit ihnen zu treten. Sie können ihm seine falschen Vorstellungen nicht lassen, weil sie ihn nicht lassen können“ (472).

Wenn er schließlich zur „Normalität“ zurückkehrt, bedrängen sie ihn, dass er einräumt, psychisch krank gewesen zu sein, weil sie sonst daran zweifeln müssen, ihn angemessen behandelt zu haben. „Eine Woche der Selbstbeschädigung einer Familie kann in dem Augenblick ad acta gelegt und vergessen werden, in dem der Regelübertreter einräumt, er sei krank gewesen. Es ist deshalb kaum verwunderlich, dass der Patient ordentlich unter Druck gesetzt wird, der Diagnose zuzustimmen, und dass er häufig nachgibt.“(473)

Ein böser Traum

Das aber kann sich zu seinem Nachteil auswirken. Denn dadurch ändert sich seine Stellung in der Familie. Die leidet nicht so sehr darunter, dass das Zusammenleben

schwierig geworden ist. Das Problem liegt, so Goffman, in der „Bedeutungsorganisation“. Einerseits erscheinen die Kranken den Angehörigen anders als vorher, anders als diese das erwarten – als negativer, oft als weniger wichtig. Durch diese Veränderung ist das Selbst aller Beteiligten bedroht.

Indem sie aufhören, „die kranke Person zu begreifen, hören sie auf, sich ihrer selbst sicher zu sein. In dem Masse, in dem sie aufhören, sich jener Personen und sich selbst sicher zu sein, können sie unter Umständen sogar aufhören, sich ihrer Wahrnehmungen und Einbildungen Herr zu sein. Das Ergebnis ist eine tiefe Verwirrung... Das Leben wird zu einem bösen Traum - denn für das, was sich da abspielt, ist kein Platz in den möglichen Realitäten“(474).

Das hat damit zu tun, dass psychiatrische Symptome von anderen Abweichungen unterscheiden. Mit einer Person, die plötzlich egoistisch, gefühllos, unloyal, treulos oder süchtig werde, könne man irgendwie fertig werden, sei es, dass sie Reue zeige oder verstockt bleibe. Bei psychiatrischen Symptomen sei das anders. Sie verstoßen gegen die „Syntax des Verhaltens“. Sie machen eine Verständigung zwischen den Beteiligten unmöglich.

Ein manisch Kranker bringt die Regeln durcheinander, die in einer Familie gelten. Er nimmt keine Rücksicht auf sich, aber auch nicht auf die anderen. Er stellt sie auch nach außen bloß. Er zwingt die ganze Familie zu Hektik und Betriebsamkeit, die stört und zerstört.

Goffman schildert das an Beispielen unablässigen Telefonierens, exzessiven Einkaufens, an der Entgrenzung der Person durch Größenideen und Größenwahn bei gleichzeitigem unablässigen Redefluss; bei Distanzlosigkeit innerhalb der Familie, gegenüber den Nachbarn; am Ende auch gegenüber Fremden. Je mehr Menschen er auf den Geist gehe, desto expansiver werde er, und desto desorganisierter könne sein Verhalten sein.

Überall stört er durch den Versuch der manischen Selbstorganisation die Stabilität der inneren Organisation der Mitmenschen.

„Je mehr Unannehmlichkeiten der Patient zu Hause hat, umso größer ist sein Bedürfnis, sich in das Leben von Freunden einzumischen; je mehr er dies tut, desto mehr wird sich der Freundeskreis vor ihm verschließen, wie er zu hohe Anforderungen an ihn stellt; und je weiter diese Entwicklung fortschreitet, desto mehr flüchtet sich der Patient in unpassende und substitutive Beziehungen. Ferner: durch die verzweifelte Expansionsversuche, das, was bereits in seinem Besitz war, unterhöhlt und reduziert, was wiederum zu einem gesteigerten Bedürfnis führt, den neuen Kreis zu konsolidieren. Alle diese Entwicklungen führen in ihrer Gesamtheit zu einer Explosion der Beziehungen.“ (481).

Unerträgliche Bedrohung

Solches Verhalten bedroht nicht nur den Betroffenen selber. Auch der Platz der Familie, in der Gemeinschaft ist bedroht.

„In Angst wird die Familie zu einer Einheit, die sich von der umgebenden Welt abgrenzt, einfach weggespült, werden die Mitglieder durch eine Flut von Nichtmitgliedern und durch die organisatorische Aktivität der kranken Person aus der häuslichen Einrichtung verdrängt.... Der Patient konstruiert seine Zugangswege nicht selber; er benutzt nur exzessiv jene Mittel, die jeden, der sich in seiner Person befindet, zugänglich sind“ (482).

Das gilt in ähnlicher Weise auch außerhalb der Familie. Jede Gemeinschaft ist ein System zur Regulierung, Herausbildung und Entwicklung sozialer Beziehungen. Diese zu erleichtern, aber auch, sie zu verdünnen. „Allerdings sind Versuche, Kontakte einzuschränken, auch mit unerwünschten Einschränkungen verbunden, während andererseits eine totale Abschirmung gegenüber Belästigern kaum möglich ist. Das hat zur Konsequenz, dass das soziale Leben sich ständig, ungerechtfertigten Inzidiierungen und Einflüssen aussetzen muss.

Irgendwann wird die Situation für die Beteiligten so unerträglich, dass eine Klinikaufnahme erfolgt. Meistens können die Kranken nach der Entlassung wieder in die Familie zurückkehren. Es wird eine Art „Probeaufnahme“ gewährt. So passt, dass die Familie ? der Hospitalisierung schwankt, ob wirklich eine psychische Krankheit

vorliegt. Jeder Rückfall bestätigt die Krankheitshypothese. Bei jeder ?ion wächst die Hoffnung, dass sich alles normalisiert. Dieses Verhalten? ist typisch für das Vorliegen einer psychischen Krankheit.

„Unter anderen Umständen würden die meisten Familien wahrscheinlich nicht zögern, sich eine rigide und stereotype Ansicht über einen Regelverletzer zu eigen zu machen. Aber in diesem Fall gibt es kein Stereotyp, das es der Familie erlauben würde, sich ein Leben vorzustellen, in dem ein Mitglied sich psychisch krank verhält. Die Familie ist jederzeit bereit, die Unruhe und die Unsicherheiten um die kranke Person zu vergessen, und sich von neuem auf die alte funktionsfähige Ordnung der Dinge einzustellen.

Gäbe es einen vorstellbaren und respektablen Platz für das kranke Verhalten, wäre es kein krankes Verhalten. Es ist, als ob die Auffassungskraft nur dort funktionieren könnte, wo eine soziale Organisation vorhanden ist, als ob die Erfahrung der Desorganisation erlebt, aber nicht festgehalten und mitgeteilt werden könnte“ (493,494).

Wenn die Krise ihren Höhepunkt erreicht habe, fänden die Beteiligten niemanden, der sich vorstellen könnte, was es bedeute, damit zu leben. Und wenn sie vorbei sei, seien die Beteiligten selber unfähig mitzuteilen, was sie eigentlich so aus der Fassung gebracht habe. Deshalb sei es kein Wunder, dass die Familie während der Fassung der Desorganisation die Realität als Traum und die häusliche Routine, von der sie nur träumen könne, als wahre Realität erscheine.

VI Kollusion als Ausweg

Außer der Familie gerät auch der Arzt häufig in Schwierigkeiten. Traditionell ist es Aufgabe, einer Person aus der näheren Umgebung des Kranken und künftigen Patienten „durch Überredung, List, Betrug oder Druck“ (494) dazubringen, zum Arzt zu gehen. Kaum habe dieser die Diagnose gestellt, beginne er eine Kollusion mit den nächsten Verwandten. Denn dem Patienten trauen die Beteiligten nicht zu, dass

er seine eigenen Interessen erkennen und wahrnehmen kann. Zu dieser Kollusion gehört traditioneller Weise auch, dass man ihm den Namen und das Ausmaß seiner Krankheit verheimlicht – mit der Konsequenz, dass der Patient das Gefühl entwickelt, man habe sich gegen ihn verschworen.

Diese Kollusion wurde bereits zu Goffmans Zeiten von psychoanalytischer Seite kritisiert. Ihres Erachtens könne nur eine ehrliche Beziehung therapeutisch wirksam sein. Sie beziehen deshalb die Angehörigen nur ungern ein. Zugleich bestehen sie darauf, dass der Patient alles erfährt, was mit den Angehörigen besprochen wird. Allerdings schneidet diese Art der Kommunikation den Therapeuten von vielfältigen Informationen über die Kranken ab. Das stört psychoanalytisch orientierte Therapeuten nur begrenzt. Sie sind davon überzeugt, dass die Probleme der Kranken nur in ihrer Beziehung zu ihnen gelöst werden können.

Allerdings entsteht auf diese Weise eine andere Art der kollusiven Beziehung – die zwischen dem Therapeuten und ihren Patienten, eine Kollusion, „die sich gegen die für ihn Verantwortlichen anderen richtet. Der Versuch, den Standpunkt des Verwandten einzunehmen, das Bestreben, von offensichtlich moralischen Urteilen abzusehen, und die strikte Verpflichtung des Patienten, alle irgendwie wichtig erscheinenden Geheimnisse zu verraten – alle diese Fakten fördern in Verbindung mit der Privatheit der therapeutischen Sitzung in einem Maße, das selbst den nächsten Verwandten nicht richtig zum Bewusstsein kommt, die Bildung einer kollusiven Koalition... Das ganze ähnelt einem häuslichen Ausgleichssystem, bei dem dem schwächsten im Team beim Familienturnier ein Extra-Mann gewährt wird. Man könnte noch anfügen, dass eine käufliche Kollusion eine nicht ganz geheure Angelegenheit ist, die aber vielleicht mehr nützt als schadet“ (496).

Allerdings hat die Patient-Analytiker-Kollusion ihre Schwächen, weil Psychotherapeuten nur selten die Auswirkungen der Krankheit auf die Gemeinschaften berücksichtigen, in denen die Kranken leben—wenn wir einmal davon absehen, dass Psychoanalytiker nur selten Kranke mit Manien behandeln.

„Da der Patient auch nach dem Beginn der Therapie mit seinen Ärgernis erregenden Handlungen unvermittelt handeln wird, wird sich bei der Familie das Gefühl einstellen, der Therapeut sei zu einem Mitglied der Partei des Patienten geworden...Die häuslichen Opponenten der Patienten fühlen sich an die Wand der Gesundheit gedrückt – gezwungen, eine ihnen nahestehende Person zu betrügen, damit deren unangemessene Selbsteinnahmen nicht ihr Leben unwirklich machen. Ihr sozialer Platz ist unterhöhlt und die Standards, die sie immer benutzt haben, um Charakter und Identität zu beurteilen, sind in Frage gestellt.“(497)

Die Weigerung des Therapeuten, ihre Sichtweise zu bestätigen, mache ihnen Angst, zumal sie sonst wenig Unterstützung von außen erfahren. Die andere Art der Kollusion sei aber nicht besser. Letzten Endes müsste der Arzt für die Familie oder den Patienten Partei ergreifen; und keine dieser beiden Möglichkeiten sei wirklich akzeptabel.

VII Psychiatrische Symptome und soziale Organisation

Psychiatrie hat es, das ist Goffmans Überzeugung, bisher versäumt, die Bedeutung psychiatrischer Symptome für die soziale Organisation zur Kenntnis zu nehmen und zu berücksichtigen. Den Kampf um den sozialen Platz in einer geplagten Familie auf Begriffe wie „Ausagieren“, oder „manisches“ Verhalten zu reduzieren, lasse die Dinge zwar auf den ersten Blick als etwas Geordnetes und Begreifliches erscheinen. Aber meist werde durch solche Begriffe nicht mehr erreicht als die „splendid Isolation“ der Person. Der Begriff der „Hyperaktivität“, der das in diesem Aufsatz untersuchte Verhalten bezeichne, werde als mechanische Funktionsstörung verstanden, ohne dass ihre sozialen Implikationen berücksichtigt würden.

Aber „die Symptome sind Ausdruck der verschiedenen sozialen Arrangements trennender Art: Entfremdung, Rebellion, Überheblichkeit, Unzuverlässigkeit, Feindschaft, Apathie, Belästigung, Zudringlichkeit usw. Diese trennenden Arrangements führen in erster Linie weniger zu Funktionsstörungen des Individuums,

als vielmehr zu Störungen und Verwirrungen in einer Beziehung oder einer Organisation“ (500).

Allerdings gibt es gute Gründe, dass jemand der nicht psychisch krank ist, sich in mancher Hinsicht ähnlich verhalten und ähnliche Störungen in einer sozialen Gemeinschaft herbeiführen kann wie ein psychisch Kranker. Selbst für den Fachmann kann es schwierig sein, zwischen „krankhaften“ und „gesunden“ Formen unangemessenen Verhaltens zu unterscheiden. Das wird noch dadurch kompliziert, dass der Patient bzw. der Prä-Patient krank sein kann, bevor er selbst und seine Angehörigen bemerken, dass etwas nicht in Ordnung ist. Dann kann die Krankheit für den Fachmann bereits eindeutig sein. Daraus leitet die Psychiatrie ihre Existenzberechtigung ab.

Das bedeutet aber nicht, dass bis dahin sozial nichts geschieht. Solange die Krankheit nicht erkannt ist, „bestrafen ihn seine nächsten Angehörigen wahrscheinlich schon auf alle möglichen Arten für seine Krankheit, und machen ihn für etwas verantwortlich, was sie wahrscheinlich selbst mit verursacht haben. Deshalb müssen die Dinge so früh wie möglich erkannt werden, bevor Symptome zu auffallend werden, die Persönlichkeit beeinträchtigt wird, und irreparabler Schaden angerichtet worden ist“ (501).

„Diese konventionelle Sicht kann jedoch auf verhängnisvolle Weise falsch sein, und zwar sowohl für den Patienten als auch für die anderen“(501). Zwar sind die psychologischen Probleme manchmal nur gering ausgeprägt. Trotzdem können ihre sozial störenden Auswirkungen erheblich sein. Schließlich entspringen die Verwirrungen, die der manisch Kranke verursache, nicht in dessen Kopf, sondern der „Verwundbarkeit von häuslichen und Gemeinschaftsorganisationen“ ihm gegenüber. Andererseits können die Störungen, die der manisch Kranke in seiner Umgebung verursacht, dazu führen, dass die Mitbetroffenen um ihr soziales Leben, ja um ihre Existenz kämpfen müssen.

„Das schlimmste bei einem gesunden Organismus ist, dass er sich eine tödliche ansteckende Krankheit zuzieht. Das schlimmste bei einer Person ist, dass sie aufhört, einen Platz einzunehmen, den sie nach Ansicht anderer einzunehmen hat.

Was immer die Ursache für den psychologischen Zustand des Abweichenden sein mag..., die soziale Bedeutung der Krankheit besteht darin, dass ihr Träger eine Verhaltensweise zeigt, die dazu führen kann, dass uns der Boden unter den Füßen heiß wird... Der manisch Kranke ist jemand, der eindringt, wo er nicht erwünscht ist, oder wo er nur um den Preis einer Degradierung in seinem Wert und Status akzeptiert wird... Er bleibt nicht an seinem Platz....

Der manisch Kranke geht nicht auf den Austausch von taktvoller Behandlung gegen ein Nicht-zu-weit-Gehen ein. Und er versäumt es nicht nur, an dem ihm von ihm und den anderen zugeteilten Platz zu bleiben, sondern er weigert sich auch - offenbar bewusst- die rituellen Handlungen zu vollziehen, die es den anderen erlauben würden, sein Fehlverhalten zu übergehen... Wo immer er Beziehungen unterhält, entsteht Verwirrung. Der manisch Kranke lehnt es ab, sich auf das soziale Spiel zu beschränken, das Ordnung und Sinn in unser Leben bringt. Durch seine abweichenden Handlungen gibt er seine Selbstachtung auf - die Achtung vor sich selbst, die wir ihm als Belohnung dafür zugestehen würden, dass er seinen sozialen Platz beibehält“(503).

Bemerkungen

Goffman leuchtet in diesem Essay am Beispiel der Manie die soziale Dimension der Kommunikation und des Verhaltens unter den Bedingungen der manischen Veränderung beider aus. Er zeigt eindrucksvoll, wie plötzlich die selbstverständlichen Regeln des Umgangs miteinander ins Wanken geraten und schliesslich zusammen brechen, ohne dass die Beteiligten wissen wie ihnen geschieht. Der soziale Verhalten, das durchkrankhaft verändertes Denken und Fühlen, durch Störungen der Weltwahrnehmung bestimmt wird, ist im Kategoriensystem der Soziologie ebenso wenig vorgesehen wie in dem der Handelnden Personen – der Kranken wie der Gesunden.

Die soziale Differenzierung endet bei der Unterscheidung zwischen „normalen“ und nicht normalen Verhalten, zwischen gesundem und verrückten Denken und Fühlen. Eine Soziologie psychisch gestörten Verhaltens steht jenseits Goffmans vereinzelt

frühen Ansätzen nach wie vor aus. Dabei zeigt Goffman, wie hilfreich es über den blossen Erkenntniswert hinaus sein könnte, die soziale Dimension der Auswirkungen von psychischem Leiden vertieft zu erforschen. Es wäre für alle Beteiligten wichtig zu verstehen, was da geschieht, was die Gründe für das Einander-nicht-Verstehen sind, und welche Konsequenzen wir daraus ziehen können, beispielsweise welche sozialen Regeln – ausser Gewalt und Ausschluss dann dann gangbar sein könnten. Das gilt für Angehörige und Peers. Es gilt aber auch für die Behandlung – für die Verständigung zwischen Kranken und Therapeuten, aber auch für die Entwicklung neuer wegweisender soziotherapeutischer Konzepte.

Literatur

Redlich, F.C. : Der Gesundheitsbegriff in der Psychiatrie. In: A. Mitscherlich, Tobias Brocher u.a. (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft 88-110. Köln: Kiepenheuer und Witsch 1967. Orig.: The Concept of Health in Psychiatry. In: A.H. Leighton, J.A. Clausen, R.N. Wilson (Ed.): Explorations in Social Psychiatry 138-164. New York: Basic Books 1957

Ruesch, J., G. Bateson: Communication: the Social Matrix of Psychiatry. New York: Norton 1951

Goffman, E.: The Presentation of Self in Everyday Life. New York: Doubleday Anchor 1959. Dt.: Wir alle spielen Theater, Die Selbstdarstellung im Alltag. München: Piper 1969

---- Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Doubleday Anchor 1961. Dt.: Asyle. Frankfurt/M: Suhrkamp 1972

---- Stigma. Notes on the Management of spoiled Identity. Englewood Cliffs: Prentice Hall 1963. Dt.: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1967

---- Interaktion Ritual: Essays on the Face-to-Face Behavior. New York: Doubleday Anchor 1967. Dt.: Interaktionsrituale. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1971

---- Relations in Public. Microstudies of the Public Order. New York: Basic Books 1971. Dt.: Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1974

---- Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience. New York: Harper and Row 1974. Dt.: Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1977

IV Stigma, Diskriminierung, Vorurteile

Immer wenn die Psychiatrie im Umbruch ist, entwickelt sie eine verstärkte Sensibilität für die öffentliche Meinung. So war das in den USA der fünfziger Jahre im Vorfeld der Kennedy-Botschaft vom Februar 1963, wie die US-amerikanische Psychiatriereform einleitete. So war es in der Bundesrepublik 10 Jahre danach im Vorfeld der Psychiatrie-Enquete. So ist es auch heute wieder im Rahmen der weltweiten Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation und des Weltverbandes für Psychiatrie, die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen zu überwinden. Dabei bleibt offen, worin der gegenwärtige Umbruch besteht: in der neurobiologischen Wende der Psychiatrie und den damit verbundenen Partikularinteressen, oder im Anspruch der Kranken und ihrer Angehörigen auf Partizipation.

Es scheint mir bemerkenswert zu sein, dass die frühen sozialwissenschaftlichen Forschungen dazu in der gegenwärtigen Diskussion nur wenig Beachtung gefunden haben, obwohl sie unverzichtbare Grundlagen liefern. Aus meiner Sicht ist das jedoch wichtig. Deshalb will ich im folgenden einige ausgewählte frühe Studien von Cumming und Cumming (1957), Nunnally (1961), Beuttenmüller (1972) und Balke und Hinz (1974) und Stumme (1975) darstellen.

Frühe Studien

Reaktionen der Angst. Eine „Antistigma-Kampagne“ in den fünfziger Jahren als sozialwissenschaftliches Experiment

Elaine und John Cumming: Closed Ranks. An Experiment in Mental Health Education

Elaine und John Cumming, sie Soziologin, er Psychiater, beide Kandidat, gehören zu den profiliertesten wissenschaftlichen Promotern der Psychiatriereform in Amerika. Ihre wichtigsten Veröffentlichungen erscheinen in den 50-er und 60-er Jahren. In den 70-ern konnte man ihnen auch in Europa gelegentlich begegnen, etwa bei Tagungen des Weltverbandes für Psychiatrie. Anders als der gleichaltrige Erving Goffman sind sie bei ihren Forschungen auf Praxisnähe und Anwendbarkeit bedacht. Am deutlichsten schlägt sich das in *Ego and Milieu* (N Y: Atherton 1962) nieder, das Maria Rave 1986 für die Psychiatrische Praxis wiedergelesen hat. Aber auch im vorliegenden Buch, ihrem ersten, lassen sie daran keinen Zweifel: Sie suchen nach konkreten Wegen, die negative Einstellung gegenüber den Psychisch Kranken zu verändern, um deren Wiedereingliederung zu erleichtern.

Dazu entwickeln sie ein kontrolliertes sozialwissenschaftliches Experiment--damals etwas sehr ungewöhnliches--und scheitern grandios. Sie scheitern nicht als Wissenschaftler: Elaine Cumming promoviert mit *Closed Ranks* 1953 bei Talcott Parsons in Harvard zum Ph.D. Aber die Einstellung der Bevölkerung von Blackfoot, Saskatchewan, ändert sich in den sechs Monaten intensiver Aufklärungsarbeit ihres Projektes genauso wenig wie jene der Bewohner der 100 Meilen entfernten Landstädtchens Deerville, das die Cumminigs als Kontrolle ausgewählt haben und das von jeder Antistigma-Intervention verschont bleibt.

Das Projekt

Die Cummings-- beide sind in Saskachewan aufgewachsen und haben dort studiert-- wählen Blackfoot für ihr Experiment aus, weil das Städtchen ihnen vertraut ist, weil sie dort nicht als Fremde gelten, ohne dazu zu gehören, weil der Sozialanthropologe S.M. Lipset wenige Jahre vorher die Sozialstruktur der konservativ-agrarischen Gemeinde erforscht hatte und weil es für den Psychiater geographisch erreichbar ist, der das Aufklärungsprogramm planen und durchführen soll. Der Interventionsplan wird nach Sichtung der Literatur über die Probleme bei der Beeinflussung von Vorurteilen gegenüber ethnischen Minderheiten und der relativen Erfolglosigkeit konventioneller Aufklärungsansätze etwa der Canadian Association for Mental Health entwickelt.

Er stellt in Rechnung, dass man es zwar einerseits mit einem gesamtgesellschaftlichen Problem zu tun hat, dass bestimmte Einstellungen, also auch Vorurteile, aber im Sinne von Adorno oder Allport für viele Menschen persönlichkeitsstabilisierend sind. Deshalb verzichtet er weitgehend auf den Einsatz von Massenmedien. Stattdessen sucht das Interventionsteam über die zahlreichen Vereine und Vereinigungen des Ortes den persönlichen Kontakt zu den Einwohnern und räumt diesen mit Erfolg einen grossen Gestaltungsspielraum bei der Planung der Veranstaltungen ein. "Das Experiment bestand im Versuch einer Gruppe begeisterter Leute, die Einstellungen (attitudes) einer Gemeinde zu verändern--von, wie wir annahmen schlechten zu unserer Meinung nach guten Einstellungen," schreiben die Cummings in ihrer Einführung.

Das Programm ist intensiv; wie intensiv kann vermutlich nur nachempfinden, wer selbst in einer stabilen Landgemeinde gelebt hat. Mehr als die Hälfte der erwachsenen Bewohner wurden persönlich erreicht, fast 400 1-5mal, 160 5-20mal, 40 mehr als 20mal. Ohne Zweifel war das Programm während der gesamten 6-monatigen Untersuchungsperiode Stadtgespräch.

Am Beginn und am Schluss der Interventionszeit stehen Fragebogenuntersuchungen bei allen Erwachsenen (Rücklauf am Anfang 540, am Ende 438) und qualitative Interviews bei einer repräsentativ ausgewählten Gruppe (100 am Anfang, 70 am Schluss). Die Fragebögen enthalten u.a. Skalen zur

Erfassung von sozialer Distanz und sozialer Verantwortlichkeit (Guttman-Skale), wie sie auch heute noch verwendet werden. Die Interviews (entwickelt von Shirley Star) sind breiter angelegt und gehen in die Tiefe. Leider fließen deren Ergebnisse nur am Rande in das Buch ein.

Das Scheitern

Für die Cummings war, nachdem die Auswertung der Fragebögen ihr Scheitern eindrucksvoll belegt hatte, eine andere Frage wichtiger: was um alles in der Welt hatte ihr Programm in der Stadt bewirkt? Warum begegneten die Bürger, die zu Beginn freundlich aufgenommen und sich zum beträchtlichen Teil an ihren Aktivitäten beteiligt hatten, ihnen nun ängstlich und feindselig--eine Reaktion, die auch einige einflussreiche Einwohner erstaunte, die selber unbeteiligt waren. Personen, die sie anfangs unterstützt hatten, zogen sich zurück, weil sie offensichtlich selber unter Druck geraten waren.

Man legte ihnen nahe, bestimmte Aufklärungsaktivitäten einzustellen, mit denen sie manchen Einwohnern offenbar zu nahe kamen. Gerüchte tauchten auf, sie erkundeten das Terrain für den Bau einer psychiatrischen Anstalt. Schliesslich forderte der Bürgermeister sie auf, den Ort so schnell wie möglich zu verlassen: "This episode ... seemed a ritualistic affirmation of the solidarity of the town against us." Am eindeutigsten bekamen das die Interviewer der Schlussrunde zu spüren, die mit dem Programm selber gar nichts zu tun hatten.

Reaktionen der Angst

Die Cummings verstehen das Verhalten der Einwohner von Blackfoot als Reaktion der Angst, die sich anfangs in Apathie und Rückzug niedergeschlagen habe und schliesslich in Feindseligkeit und Aggressionen umgeschlagen sei. "Wir sind überzeugt davon, dass das mit den Inhalten und der Präsentation unsers Projektes zu tun hatte, obwohl wir dieses 'all-important side-effects' mangels einer unabhängigen Evaluation nicht sicher sein können."

So sei es möglich, dass das Ziel des Projekts, das Bedürfnis nach sozialer Distanz zu vermindern, von vielen Menschen als Bedrohung empfunden wurde, weil die Interventionen deren Bild vom Psychisch Kranken nicht wirklich habe verändern können und nur ein schlechtes Gewissen ausgelöst habe. Im übrigen sei es möglich, dass die Konfrontation des eher normalisierten Konzeptes der Laien von abweichendem Verhalten mit dem eher pathologisierenden Konzept der Fachleute vor allem zu Verunsicherung geführt habe. Einen Anhaltspunkt dafür liefern die Interviewer, die erstaunt sind, wie selten die Befragten in Shirley Stars Fallvignetten psychische Krankheit erkennen.

Verleugnung und Isolation

Auf dem Hintergrund dieser Einsichten entwerfen sie ein theoretisches Modell, das das Verhalten der Stadtbewohner gegenüber Psychisch Kranken erklären soll. Dies sei von den Prinzipien der Verleugnung und der Isolation gekennzeichnet: weniger als ein Drittel der Einwohner von Blackfoot können sich vorstellen, selbst einmal von psychischer Krankheit betroffen zu sein. Zugleich haben sie von den Fachleuten gelernt, dass die Isolation der Kranken von den Gesunden und ihre Konzentrierung (Insulation) in Anstalten angemessene Behandlungsprinzipien sind.

Sie müssen daraus folgern, dass ihr Ausschluss aus der Gemeinschaft notwendig (und gesundheitsfördernd) ist. Zugleich sind sie davon überzeugt, dass die Therapeuten zwar ihr bestes tun, dass sie im Grunde aber nichts bewirken können, weil die Kranken unheilbar sind. Daraus erwachsen nicht nur denkbar schlechte Voraussetzungen für die Rückkehr der Kranken in ihre Familien, sondern auch festgefügte Grundüberzeugungen vom Wesen psychischer Krankheit, die, so die Autoren, durch die damals üblichen Mental Health Education Programme kaum zu beeinflussen sind, zumal diese im Gefolge der Psychohygienebewegung in erster Linie auf die Prävention von psychischen Krankheiten aus sind. An einer Stelle schreiben die Cummings, die soziale Rolle der Anstaltsinsassen sei für die Gesunden nicht weit entfernt von der Rolle von Toten.

Ein Klassiker

Die Autoren räumen ein, sie hätten sich vor ihrem Projekt ein umfassenderes Bild von den Einstellungen machen müssen, die sie verändern wollten. Sie merken selbstkritisch an, eine unabhängige Evaluation ihres Projekts hätte sie rechtzeitig darauf aufmerksam machen können, dass etwas schief lief. Sie verweisen darauf, dass es den Beteiligten an solchen Projekten oft an Motivation fehle, etwas Neues zu lernen oder gar ihre Vorstellungen zu revidieren. Ihnen erschliessen sich keine guten Gründe dafür. Und daraus erwachsen dann leicht Ressentiments, wenn sie nicht in Ruhe gelassen werden. Eine österreichische Umfrage ergab vor einiger Zeit, dass 80% der Bevölkerung nicht wissen *wollen*, was Schizophrenie ist!

Closed Ranks ein Klassiker der Erforschung von Einstellungsveränderungen gegenüber Psychisch Kranken. Im Zeichen der gegenwärtigen Antistigmabemühungen ist es unverändert brisant. Cummings umfassende Analyse ihres Scheiterns ist für alle, die ähnliches versuchen, Hilfe und Mahnung zugleich.

Elaine Cumming, John Cumming: Harvard University Press: Cambridge 1957

Psychiatrie und Öffentlichkeit in den 50er Jahren

Jum C. Nunnallys Popular Conceptions of Mental Health

Immer wenn die Psychiatrie im Umbruch ist, entwickelt sie eine verstärkte Sensibilität für die öffentliche Meinung. So war das in den USA in den 50-er Jahren vor der Kennedy-Botschaft vom Februar 1963; so war das in der Bundesrepublik zwei Jahrzehnte danach im Vorfeld der Psychiatrie-Enquete; so ist es auch jetzt wieder, wobei offen bleibt, worin der gegenwärtige Umbruch besteht: in der neurobiologischen Wende oder dem Anspruch von Kranken und Angehörigen auf Partizipation.

Die Popular Conceptions of Mental Health des Psychologen Jum C. Nunnally sind nach den Closed Ranks der Cummings die bekannteste Monographie zum Thema Psychiatrie und Öffentlichkeit aus jener Zeit. Bemerkenswert ist, dass in Nunnallys Buch, das 1961 vier Jahre nach dem der Cummings erscheint, jeder Bezug--und jeder Verweis--auf deren Arbeit fehlt. Das relativiert sich allerdings bei einem Blick in dessen Literaturverzeichnis, das mit 15 Referenzen auskommt, davon sieben von ihm selber und einigen weiteren von Mitgliedern seiner Arbeitsgruppe.

Nunnallys vollständiger Verzicht auf die Auseinandersetzung mit dem damaligen Forschungsstand ist zweifellos ein Mangel seines Werkes. Dennoch gelingt ihm aus der Zusammenschau von etwa zwanzig Einzeluntersuchungen, die zwischen 1954 und 1959 entstanden, eine überzeugende Darstellung des damaligen Bildes der Öffentlichkeit von der Psychiatrie: des Informationsstandes, der Einstellungen und Meinungen und der Rolle der Massenmedien.

Das Projekt

Das Projekt wurde vom Institut für Kommunikationsforschung der Universität von Illinois mit--grosszügiger--Unterstützung des National Institute of Mental Health durchgeführt. Die Einzelstudien waren je nach Gegenstand deskriptiv,

Fragebogenuntersuchungen, Panelbefragungen, Inhaltsanalysen oder einfache Psychologische Experimente. Die Probandenzahl betrug jeweils zwischen 100 und 700, z.T. repräsentativ ausgewählt, bei den Experimenten aber auch homogene Gruppen, wie Absolventen von Psychologiekursen in High Schools. Die Ergebnisse der Laienbefragungen zum Informationsstand wurden mit jenen der Befragung von Experten verglichen. Methodologisch wurden neben Fragebögen vor allem zur Erhebung von Einstellungen--wie heute auch noch-- semantische Differentiale eingesetzt.

Wissen

Nach Nunnallys Untersuchung ist das Wissen der Bevölkerung lückenhaft--wie im übrigen auch bei den Experten-- , aber im direkten Vergleich zum Expertenwissen nicht grob verzerrt. Der mangelhafte Informationsstand habe seine Ursachen zum einen in den Ängsten, die der Gegenstand auslöse, zum anderen aber im Fehlen einer alltagstauglichen Sprache. Das Wissen des Durchschnittsbürgers sei abstrakt. Obwohl er "in einem Meer von Phänomenen" schwimme, die mit psychischer Krankheit und Gesundheit zu tun hätten, könne er sie nicht einordnen. Er könne seine Alltagserfahrung nicht nutzen, um sein Wissen zu erweitern, obwohl er das eigentlich möchte. Um seine eigene Unsicherheit zu vermindern, nehme er Informationen von Experten begierig auf--selbst wenn diese falsch seien!

Einstellung

Anders verhalte es sich mit der Einstellung (ich zitiere die Übersetzung von W. Stumme 1975): "Die Attitüden, die in der Öffentlichkeit herrschen, sind so 'schlecht', wie man allgemein vermutet. Alt und jung, Menschen mit hohem und niedrigem Bildungsniveau --sie alle neigen dazu, den Geisteskranken als relativ gefährlich, schmutzig, unberechenbar und wertlos einzustufen. Eines der bedeutendsten Ergebnisse ist das des 'negativen Halo-Effektes' in Verbindung mit Geisteskranken; geradezu alles an ihnen gilt als schlecht." Die Einstellung zu den Experten sei demgegenüber eher positiv. Allerdings misstraut die Bevölkerung den psychiatrischen Behandlungsmethoden und -einrichtungen und bewertet sie negativ. Angesichts der Realität der Psychiatrie in den 50-er Jahren würde das Gegenteil

überraschen. Bemerkenswert ist, dass die negative Einstellung zu den psychisch Kranken von einem beträchtlichen Teil der Allgemeinärzte geteilt wird, während viele andere, vor allem jüngere, aufgeschlossen sind und im Rahmen ihrer "Gatekeeper"-Funktion zahlreiche Psychiatrische Patienten selber behandeln.

Medien

Die Rolle der Massenmedien beurteilt Nunnally kritisch. Zwar seien Sachbeiträge oft gut. Sie machten allerdings nur einen Bruchteil der "Informationen" aus, die die Medien transportierten. In den übrigen Beiträgen seien sie den vermeintlichen Unterhaltungsbedürfnissen angepasst: "Symptome psychischer Krankheit werden masslos übertrieben; Ursachen und Behandlung werden grob vereinfacht dargestellt; und psychisches Leiden erscheint meist im Zusammenhang mit Horror, Sünde oder Gewalt." Allerdings lasse sich die Öffentlichkeit durch solche Verzerrungen kaum beeindrucken. Ihr Einstellungsprofil weicht in seinen Untersuchungen deutlich von dem von den Medien vermittelten Bild ab. Dennoch ist zu fragen, ob das von den Medien kolportierte Bild nicht dazu beiträgt, vorhandene negative Haltungen zu verfestigen--oder langfristig zu verschärfen.

Wissensvermehrung und Einstellungsänderung

Auf dem Hintergrund seiner Erkenntnisse schlägt Nunnally neue Kommunikationsstrategien vor, um das Wissen der Allgemeinheit zu erweitern und ihre Einstellung gegenüber psychisch Kranken zu verbessern. Voraussetzung dafür sei eine allgemein verständliche Sprache zu psychischer Krankheit und Psychiatrie und eine möglichst einheitlich vorgetragene Expertenmeinung. Informationen sollten einen Alltagsbezug haben, autoritativ und eingängig sein, Lösungen präsentieren, Antworten anbieten, statt Fragen aufzuwerfen, und Ängste abbauen. Vor allem sollten sie kein "altes" Wissen zerstören, ohne es zugleich durch überzeugendes "neues" Wissen abzulösen. Nur dann seien die Menschen bereit, positivere Einstellungen zu entwickeln. Geschehe das nicht, helfe "kein Predigen, Rasonieren oder Argumentieren; dann wäre es besser, gar nichts zu tun."

Bemerkungen

Es ist bemerkenswert, wie aktuell Nunnallys Feststellungen auch nach fast fünfzig Jahren noch sind. Die Frage drängt sich auf, was seither geschehen ist, um die Einstellung der Bevölkerung gegenüber den psychisch Kranken zu verbessern. Könnte es sein, dass es sich dabei um eine immer währende Aufgabe handelt, die sich lediglich mit dem jeweiligen Stand der Psychiatrie und der jeweiligen gesellschaftlichen Situation verändert?

Aus heutiger Sicht ist auffällig, wie wenig die beklagenswerte Realität von psychiatrischen Institutionen und psychiatrischer Therapie in den USA der 50-er Jahre sich in Nunnallys Untersuchungen niederschlägt. Entsprechend unterbleibt auch die Frage, ob nicht zumindest ein Teil der negativen Haltungen vor allem den Umgang der zeitgenössischen Gesellschaft mit den psychisch Kranken spiegelt.

Jum C. Nunnally. *Popular Conceptions of Mental Health. Their Development and their Change*. New York: Holt, Winston & Rinehart 1961

Urteile und Vorurteile von Psychisch Kranken über Psychisch Kranken

*Ulrich Beuttenmüller, Angelika Balke und Helmut Hinz befragen (1970)
psychiatrische Patientinnen und Patienten*

Wolfgang Stumme berichtet in seinem Loccumer Vortrag im Herbst 1970 über 100 Untersuchungen zur Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber psychisch Kranken und psychischer Krankheit. Er bemängelt wie später in seinem Buch (1975), dass keine einzige die Psychiater nach ihren Urteilen und Vorurteilen befragt. Was er nicht erwähnt: auch die psychisch Kranken werden in keiner dieser Studien gefragt, was sie denn über ihre Krankheit, deren Behandlung und über die Psychiatrie denken.

Genau dies versuchen Ulrich Beuttenmüller, Angelika Balke und Helmut Hinz, drei Tübinger Doktoranden, zu eben dieser Zeit herauszubekommen. Sie befragen je 150 ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten der Tübinger Nervenlinik. Die Dissertationen von Balke und Hinz wurden 1974 als Band 10 der Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie veröffentlicht. Die Arbeit Beuttenmüllers verschwand in den Archiven. Als damaliger Mitherausgeber der Werkstattsschriften frage ich mich heute, warum. Beim Wiederlesen scheint sie mir für den damaligen Stand der Forschung noch wichtiger als die beiden anderen. Wahrscheinlich habe ich damals zu wenig Vertrauen zu Beuttenmüllers Methodik gehabt. Schließlich war er der erste Doktorand, den ich betreut habe.

Dabei waren seine Ergebnisse eindrucksvoll, wenn auch nicht ganz unerwartet: die ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten, hatten im wesentlichen die gleichen Urteile und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken, die die hundert von Stumme analysierten Untersuchungen zu Tage gefördert hatten:

"Das Bild des psychisch Kranken, wie es die Probanden vor Augen haben, scheint noch weit- gehend dem Bild, wie es früher verbreitet war, zu entsprechen.... Sein Bild ist mit der Erscheinungsform einer massiven Psychose identisch. In den Augen des Publikums hat dieser Kranke sein Sozialverhalten... nicht unter der Kontrolle seines

Verstandes.... Das wesentliche Kriterium für eine Geisteskrankheit könnte nach Ansicht der Respondenten der Verlust der Verstandesfunktion sein. Deshalb muss er, wie die Befragten glauben, in ständigem Konflikt mit seiner Umwelt leben.

Beinahe die Hälfte der Befragten bezeichnet Geisteskranke als gefährlich. Sie glauben, diese könnten in ihrer geistigen Umnachtung Verbrechen begehen, zum Beispiel Häuser in Brand stecken, Kinder oder Frauen belästigen etc.... Die Probanden trauen psychisch kranken Menschen alles zu, vor allem solche Taten die bei ihnen Abscheu hervorrufen.... Zu dieser Unterstellung trägt bei, dass ihnen das Verhalten der psychisch Kranken unvorhersehbar, unkontrollierbar und unverständlich erscheint, weil sie sich nicht in deren Gedankenwelt hinein versetzen können."

Es erübrigt sich hinzu zu fügen, dass diese Urteile und Meinungen nicht für sie selber gelten. Sie treffen aus ihrer Sicht für schwer psychisch Kranke zu, also für andere. Das wird in der Untersuchung von Balke und Hinz noch einmal unterstrichen. Allerdings finden diese im Hinblick auf die potentielle Gefährlichkeit von psychisch Kranken eine spannende Variante. Sie fragen nämlich nicht nach einer möglichen allgemeinen Gefährlichkeit sondern nach der etwaigen Gefährlichkeit von Mitpatienten und Mitpatientinnen auf der Station; und die ist für sie zu vernachlässigen: im Polaritätsprofil gefährlich/ungefährlich beträgt der Mittelwert bei einer Skala von eins bis sieben 6,33, unberechenbar/berechenbar 5,49, verständlich/verständlich 6,03. Das Zusammenleben auf der Station lässt die psychisch kranken Mitpatienten also als verständlich, in ihrem Verhalten berechenbar und als nicht bedrohlich erscheinenden. Es lohnt auch aus heutiger Sicht, darüber nachzudenken, was das bedeutet.

Ulrich Beuttenmüller: *Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten einer psychiatrisch-neurologischen Poliklinik*. Medizinische Dissertation Tübingen 1972

Angelika Balke, Helmut Hinz: *Urteile und Meinungen von psychisch Kranken über Psychiatrie und psychische Krankheit*. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 10, Soziale Arbeitskreise, Tübingen 1974

Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung

Wolfgang Stummes *Kritik der Vorurteilsforschung*

Wolfgang Stumme ist Soziologe. Ende der 60-er Jahre war einer von Caspar Kulenkampfs “bright young men” in der Düsseldorfer Forschungsstelle für Psychiatriesoziologie. Später war er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Psychiatrie-Enquete-Kommission, noch später Psychiatriedezernent in Rheinland-Pfalz und in Hessen.

Seine soziologische Habilitationsschrift wurde nach *Closed Ranks* von Cumming und Cumming und *Popular Conceptions of Mental Health* von Nunnally zu einem Markstein der Vorurteilsforschung. Ihr Kern ist neben den eigenen Untersuchungen eine rigorose Kritik der bis dahin vorliegenden Forschung über über Vorurteile gegenüber Psychisch Kranken und der Psychiatrie. Bereits 1970, in einem Vortrag auf der legendären Loccumer Tagung “Der Psychisch Kranke in der Gesellschaft”, hält er fest:

“In den zur Zeit weit über 100 vorliegenden Untersuchungen wird ausnahmslos berichtet, dass die soziale Distanz der Bevölkerung zu den Geisteskranken unüberwindlich ist. Immer wieder wird bestätigt, dass das manifeste Vorurteil gegenüber Geisteskranken gekennzeichnet ist durch folgende Merkmale: Geisteskranke sind gefährlich, gewalttätig, unbeherrscht, unberechenbar, Triebverbrecher etc. Übereinstimmend wird berichtet, dass die Information der Bevölkerung über psychische Erkrankungen relativ gering ist, wobei Laien mit höherer Schulbildung am nächsten an das Informationsniveau der Psychiater herankommen” (und toleranter gegenüber den Kranken sind).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studien unterschieden sich kaum von einander; sie würden nur unterschiedlich interpretiert. Das mag damit zusammenhängen, dass Vorurteilsforschung meist Einstellungsänderung zum Ziel hat. Wie diese erreicht werden kann, darüber gehen die Meinungen--damals wie heute--weit auseinander.

Stumme hat gegen diese Forschung eine Fülle von Einwänden methodischer, aber auch grundsätzlicher Art.

Das beginnt mit der Sprache, die nicht alltagstauglich sei und zu wenig differenziere. "Mentally Ill" (geisteskrank) bedeute zudem für Fachleute etwas anderes als für Laien. Es setzt sich damit fort, dass die Frage, was Vorurteil ist und was nicht,-- was gut ist und was schlecht,-- normativ ist, und nicht empirisch belegbar. Dazu komme, dass es keine einzige Untersuchung gebe, die sich mit den Einstellungen-- Vorurteilen--der Psychiater befasse. Schliesslich seien ausnahmslos verbal bekundete Einstellungen untersucht worden und nicht tatsächliches Verhalten; und oft seien abgefragte Informationen in Wirklichkeit auch Einstellungen.

Schliesslich werde die reale Situation von Psychiatrie und psychiatrischer Versorgung der 50-er und 60-er Jahre fast nie berücksichtigt, die in der Psychiatrie-Enquete noch Anfang der 70-er Jahre als "teilweise menschenunwürdig und unmenschlich" charakterisiert wird.. So komme es, dass "die festgestellten Vorurteile ... ein Kunstprodukt der empirischen Sozialforschung sind." Aus allen diesen Gründen müsse man sich fragen, ob die angeblichen Vorurteile nicht berechnete Urteile sein könnten,-- Schlussfolgerungen aus der Art und Weise des alltäglichen Umgangs von Psychiatrie und Versorgungsträgern mit den psychisch Kranken. Stummes eigene Untersuchungen zeigen, dass Laien durchaus differenzierte Vorstellungen entwickeln, wenn die Forschung umgangssprachliche Begriffe verwendet. Dann nivellieren sich auch die schichtspezifischen Unterschiede früherer Forschungen. Zugleich kann er zeigen, dass das Wissen über die reale Situation der Psychiatrie für die Einschätzung der Bevölkerung sehr wohl eine Rolle spielt: "Insbesondere bei den Symptomschilderungen und den komplexeren Handlungsbeschreibungen zeigen die von den Befragten in hohem Masse befähigt sind, differenzierte Ansichten zu artikulieren. ... Ferner konnte anhand der Fallbeschreibungen aufgezeigt werden, dass neben den Symptomen zusätzliche Kriterien der Abweichter von nicht unerheblicher Bedeutung sind." Dazu gehören neben Geschlecht und Schichtzugehörigkeit auch Informationen über frühere Behandlungen.

In seiner zusammenfassenden Diskussion geht Stumme mit der Psychiatrie--nicht mit der Bevölkerung-- ins Gericht: "In bestimmten Situationen sind die Vorurteile der Laien zu psychisch Kranken fast bedeutungslos gegenüber diskriminierendem Handeln von Seiten der psychiatrischen Experten. ... Bemerkenswerter als diese ausgeprägte Identität des Handelns auf der einen und der an diesem Handeln orientierten Vorstellungen der anderen scheint uns zu sein, dass in den zahlreichen Publikationen über die Erforschung der Vorurteile von Laien gegenüber "Geisteskranken" der Bereich psychiatrischen Handelns geradezu tabuisiert wird. ... Dass diese Ansichten der Laien jedoch über lange Zeit zum gesicherten Repertoire der psychiatrischen Wissenschaft zählten, ... ist in diesem Kontext noch nie thematisiert worden."

Stumme schlägt vor, die verfügbaren Ressourcen auf die Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten zu konzentrieren statt auf Stigmaforschung (das Wort Stigma kommt im ganzen Buch genau zweimal vor) und frustrane Versuche der Veränderungen der Einstellung: Wenn dies geschehe und die Psychiatrie in der Lage sein werde, die in sie gesetzten Erwartungen der Laien zu erfüllen, werde eine Vorurteilsforschung nicht mehr nötig sein. Die negativen Einstellungen würden sich von allein relativieren.

Skeptisch ist er gegenüber der Vorstellung, die Laien müssten sich mit "den Aufgaben und Zielen der Agenten der sozialen Kontrolle identifizieren", zumal dies bedeute, dass die Laien die Experten legitimierten, ihr Betätigungsfeld auszuweiten--"vor allem in Richtung auf die Früherfassung".

Skeptisch ist er auch gegenüber der auch von Cumming und Cumming vertretenen Ansicht, ein Ziel der Aufklärung der Bevölkerung müsse es sein, die wenig ausgeprägte Fähigkeit der Laien zu schärfen, bestimmte Formen abweichenden Verhaltens als psychische Krankheit zu identifizieren. Nicht mehr sondern--im Sinne der Labelling-Theorie--weniger Toleranz gegenüber den Betroffenen könnte die Folge sein.

Nicht nur diese letzten Überlegungen zeigen, wie beklemmend aktuell Stummes Buch ist. Manchmal wünsche ich mir, dass die gegenwärtigen Antistigma-Protagonisten ihm und jenem der Cummings mehr Beachtung schenken.

Wolfgang Stumme *Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung* München: Urban und Schwarzenberg 1975

Bemerkungen

Die vorgestellten Untersuchungen sind von unterschiedlicher wissenschaftlicher Qualität. Insbesondere die Arbeiten aus den Tübinger Projekt weisen methodische Mängel auf. Bemerkenswert ist, dass die Stigmatisierung, die heute im Mittelpunkt der Forschung steht, in den frühen Studien keine Rolle spielt. Sie alle befassen sich mit Einstellungen (Attitüden) und Vorurteilen und können sich dabei auf eine reichhaltige soziologische und sozialpsychologische Literatur stützen. Der Begriff des Stigma wird nur bei Stumme - zweimal - erwähnt, beide Male in Zitaten von P.G. Swingle (1965). Das Goffman-Buch (1961) erscheint ebenfalls nur bei Stumme als Referenz. Wie die heutigen Untersuchungen zum Stigma und zur Stigmatisierung haben sie alle das Ziel, zur Überwindung von Vorurteilen und zur besseren Integration der psychisch Kranken in die Gesellschaft beizutragen.

Zwei Ergebnisse des Experimentes der Cummings sind unverändert wichtig: Zum einen die Erkenntnis, dass Kampagnen zur Entstigmatisierung auch das Gegenteil bewirken, dass Reaktionen der Angst auslösen können. Zum anderen, dass jeder Versuch, zur Überwindung von Vorurteilen beizutragen, eine sorgfältige Analyse der sozialen Grundbedingungen voraussetzt. Dazu gehört das Bild der psychisch Kranken, ihre soziale Rolle in den Augen der anderen. Die nachträgliche Erkenntnis der Cummings, dass die soziale Rolle der Patienten psychiatrische Krankenhäuser -

der Anstaltsinsassen - damals aus Sicht der gesunden nicht weit entfernt war von der Rolle der Toten, erklärt fast vollständig, warum ihr Projekt scheitern musste.

Nunnally macht mangelhaftes Wissen und eine ausgeprägte negative Grundeinstellung für die tiefverwurzelten Vorurteile gegenüber den psychisch Kranken verantwortlich: »Alt und Jung, Menschen mit hohem und niedrigem Bildungsniveau - sie alle neigen dazu, den Geisteskranken als relativ gefährlich, schmutzig, unberechenbar und wertlos einzustufen.«. Er gehört zu den ersten, die auf die zwiespältige Rolle der Massenmedien eingehen, insbesondere im Bereich der Unterhaltung: »psychisches Leiden erscheint meist im Zusammenhang mit Horror, Sünde oder Gewalt.« Seine Überzeugung, dass die Öffentlichkeit sich durch solche Verzerrungen kaum beeinflussen lasse, ist bemerkenswert. Aber auch wenn sie richtig ist, tragen solche Darstellungen nicht zur Schließung der von ihm festgestellten Wissenslücken bei. Gewiss hat er recht, wenn er von der Fachwelt eine allgemein verständliche Sprache und eine möglichst einheitliche Expertenmeinung im Umgang mit der Öffentlichkeit fordert. Letztere ist allerdings auch heute nicht zu haben. Wichtig bleibt, dass kein »altes« Wissen zerstört wird, ohne dass zugleich die überzeugendes »neues« Wissen abzulösen. Geschehe dies nicht, helfe »kein Predigen, Rasonieren oder Argumentieren; dann wäre es besser, gar nichts zu tun.« Also auch bei Nunnally wie bei den Cummings die Warnung vor unerwünschten Wirkungen von Aufklärungskampagnen.

Die Tübinger Autoren gehören zu den ersten, die zeigen, dass psychisch Kranke die Vorurteile der Bevölkerung psychisch Kranken gegenüber teilen. Im Grunde ist das banal, sind sie doch vor ihrer Erkrankung so sozialisiert worden wie alle anderen. Sobald sie akzeptieren, dass sie psychisch krank sind, geraten sie dadurch in ein Dilemma. Sie müssen davon überzeugt sein, dass die Vorurteile der anderen und die negativen Haltungen, mit denen sie konfrontiert werden, im Grunde berechtigt sind. Diese Erkenntnis hat in den letzten Jahren zur Prägung des unglücklichen und meines Erachtens untauglichen Begriffes der »Selbststigmatisierung« geführt (Ruesch u.a. 2009). Er ist untauglich, weil er deren soziologische Zwangsläufigkeit verschleiern. Dabei liegt auf der Hand, was dieses Dilemma ein entscheidender Grund dafür ist, weshalb psychisch Kranke sich dagegen sperren, die Krankenrolle zu akzeptieren. Die befragten Tübinger Patienten behelfen sich damit, dass sie sich

auf den Standpunkt stellten, sie seien, da sie in einer Universitätsklinik behandelt würden, nicht so krank, dass ihre negativen Urteile über die psychisch Kranken auch für sie selber gelten würden.

Wolfgang Stumme befasst sich als einziger der Autoren ausführlich mit der Literatur. Ich teile seine Auffassung, dass die Ergebnisse der damals weit über 100 vorliegenden Studien sich kaum voneinander unterschieden, dass sie lediglich unterschiedlich interpretiert würden. Er zweifelt im übrigen daran, dass das was Vorurteil ist und was nicht - was gut ist und was nicht - normativ begründet und nicht empirisch belegbar ist. Er bemängelt, dass sich damals keine einzige Studie mit den Vorurteilen der Psychiater befasst hat; und dass ausnahmslos verbal geäußerte Einstellungen untersucht worden waren und nicht tatsächlich gelebtes Verhalten. Auch dieses Problem besteht fort-- ein zentrales Dilemma sozialwissenschaftlicher Forschung, die sich auf Fragebogen und Interview stützt. Noch wichtiger ist seine Überzeugung, in bestimmten Situationen seien die Vorurteile der Laien »fast bedeutungslos gegenüber diskriminierendem Handeln von Seiten der psychiatrischen Experten«, das zudem in der Forschung in geradezu Tabuiert sei. Auch seine Forderung, die verfügbaren Ressourcen auf die Verbesserung der psychiatrischen Behandlung zu konzentrieren statt auf Stigmaforschung (und Entstigmatisierungskampagnen) -die negativen Einstellungen würden sich dann von allein relativieren - ist meines Erachtens nach wie vor bedenkenswert.

Zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten. Ein Gutachten für die Psychiatrie-Enquete 1975

Im Rahmen der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages wurden 1973 vier Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten in Auftrag gegeben, darunter an Wolfgang Stumme, dessen Buch damals noch nicht erschienen war, und an mich. Ich veröffentliche meinen damaligen Text im Rahmen meiner historisch-soziologischen Analyse der gegenwärtigen Diskussion zur Entstigmatisierung psychisch Kranker hier noch einmal - unverändert, auf meinem Wissensstand von damals. Ich tue das, weil ich wie bei der Darstellung der klassischen Studien, zu der Überzeugung neige, dass die Fortschritte der gegenwärtigen Forschungen zur Stigmatisierung relativ sind, dass sie in vieler Hinsicht Wiedergänger der damaligen Vorstellungen und Auseinandersetzungen sind. Übrigens habe auch ich damals Goffmans Stigma nicht zur Kenntnis genommen.

Fragestellung

Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme zum Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung einer Enquete über die Lage der Psychiatrie u. a. auch mittelfristige Maßnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung in den Aufgabenkatalog aufgenommen (siehe Punkt 20.1 der beigelegten Drucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973). Einen Teil der Aufklärungsmaßnahmen wird die Bundeszentrale vorbereiten; entsprechende Planungen sind im vollem Gange.

Gemäß der im Punkt 20.1 des Maßnahmenkatalogs gewählten Formulierung sind folgende drei generelle Zielsetzungen Leitlinien für die künftige Öffentlichkeitsarbeit auf diesem Sektor:

1. Aufklärung der Allgemeinheit zur Überwindung der Vorurteile in der Gesellschaft,

2. gesundheitliche Information des betroffenen Personenkreises,
3. Schaffung eines besseren Verständnisses und einer größeren Hilfsbereitschaft aller gegenüber psychisch Kranken und Behinderten.

Aufklärungsmaßnahmen aus den Zielbereichen 2 und 3 sollen durch ein Sofortprogramm in die Wege geleitet werden. Die zum Punkt 1 – sicherlich langfristig anzusetzenden – Maßnahmen sollen vorab durch gutachterliche Stellungnahmen einer differenzierteren Klärung zugeführt werden, damit an die Konzeption konkreter Maßnahmen mit mehr abgesicherter Kenntnis gegangen werden kann.

Dabei geht es um Stellungnahme zu folgenden Fragebereichen:

- a) Welche in- und ausländischen Maßnahmen zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen in der Bevölkerung gegenüber Behinderten sind Ihnen bekannt? (Behinderte, verstanden im weitesten Sinne: körperlich Behinderte, psychisch Kranke, geistig Behinderte).
- b) Welche Zielsetzungen (möglichst bezogen auf die drei Variablen sozialer Einstellung: „Kognition“, „Emotion“, „Verhalten“) hatten diese Aufklärungsmaßnahmen und auf welche Zielgruppen waren sie gerichtet?
- c) Welche Methoden und Medien zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen wurden angewandt und – falls ermittelt – welche Effizienz zeichnete sich (kurz-, mittel-, langfristig) ab?
- d) Welche Erfolgswahrscheinlichkeit schreiben Sie welchen Methoden und welchen Konkreten Medien für die Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen zu? Welche davon beurteilen Sie im Sinne des medienmäßig machbaren günstig (bzw. ungünstig) für den Einsatz bei der Realisation für den Zielbereich 1 des geplanten Aufklärungsprogramms?

Der Gutachter ist aufgefordert, seine Auffassung zu den Fragen „kurz und prägnant, d. h. ohne allzu differenzierte Ausführung“ darzustellen. „Zu den Fragen a) und b) genügen u. U. auch Hinweise auf einschlägige Literatur, Material etc., während zu der Frage d) eine ausführliche begründete Expertenmeinung erforderlich ist.

A. Bekannte Maßnahmen und Versuche zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen

Vorbemerkung

Der Versuch, Stereotypen und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken in der Bevölkerung zu korrigieren, ist keineswegs neu. Solange man von Psychiatrie sprechen kann, hat es Ansätze dazu gegeben. Die Veränderung der Bezeichnung der psychiatrischen Einrichtungen im Laufe des vergangenen Jahrhunderts, darf als Hinweis u. a. auch darauf gewertet werden. Tollhäuser und Narrentürme der vorpsychiatrischen Ära wurden zu Irrenhäusern, zur Pflegeanstalt, schließlich zu Heil- und Pflegeanstalten und zu psychiatrischen Krankenhäusern. In neuester Zeit ist z. B. in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen die Tendenz zu beobachten, auch den Begriff „Landeskrankenhaus“ durch Landeslinik zu ersetzen.

Wenn man darüber übereinstimmt, dass diese Tendenzen ein Stück Öffentlichkeitsarbeit bedeuten, muss man daraus schlussfolgern, dass die Bemühungen zur Überwindung von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken in der Bevölkerung ganz wesentlich mit der Selbstreflexion in der Psychiatrie zu tun haben. In welchem Maße das der Fall ist, hat Walter Schulte, der verstorbene Direktor der Tübinger Universitäts-Nervenklinik 1970 vor dem Deutschen Ärztetag ausgeführt. Er stellte nämlich an die in der Psychiatrie Tätigen die Frage, ob es immer Vorurteile der Bevölkerung gegenüber der Psychiatrie seien, ob es nicht z. T. berechtigte Urteile über die psychiatrischen Institutionen und ihren derzeitigen Zustand seien, die die Psychiatrie, letztlich allerdings auch die politisch Verantwortlichen zu vertreten

hätten. Schulte folgerte daraus, dass nur eine grundlegende Strukturreform die Situation der Psychiatrie und damit der psychisch Kranken verbessern könnte und dass eine solche Verbesserung letztlich auch zum Abbau von Vorurteilen beitragen könnte.

Diese Überlegungen müssen bei der Betrachtung von Maßnahmen zur Überwindung von Vorurteilen in Rechnung gestellt werden. Denn sonst könnte aus dem Zeil, Überwindung von Vorurteilen und Stereotypen allzu leicht die Tendenz erwachsen, die Psychiatrie der Bevölkerung nach modernen Methoden der Massenbeeinflussung zu verkaufen, ohne dass deren Mängel beachtet und beeinflusst würden.

Obwohl Öffentlichkeitsarbeit, spezifischer der Versuch, Vorurteile gegenüber psychisch Kranken immer ein Rolle in der Psychiatrie gespielt haben, sind umfassendere Versuche, Vorurteile gegenüber psychisch Kranken gezielt zu beeinflussen und diese sogar darüber hinaus wissenschaftlich zu kontrollieren, erst in neuerer Zeit durchgeführt worden.

1. Closed Ranks

Am bekanntesten ist das Projekt des amerikanischen Arzt-Soziologen-Ehepaars J. u. E. Cumming, das Anfang der 50er Jahre mit einem Team von Mitarbeitern eine umfassende Aufklärungsaktion über psychisch Kranke und psychische Krankheit in zwei kanadischen Gemeinden durchführte. Ihr Ziel war es, eine größere Aufgeschlossenheit und eine größere Duldsamkeit bei der Bevölkerung zu erreichen. Bei der wissenschaftlichen Kontrolle der Auswirkungen ihrer Aktion mussten sie jedoch feststellen, dass ihnen das nicht gelungen war. In ihrem Buch über ihre Untersuchung "Closed Ranks" berichten sie, dass zwar eine größere Sensibilität erreicht worden war, jedoch keine Änderung der Grundhaltung gegenüber den psychisch Kranken.

Zur ausführlichen Darstellung dieses Projekts sei auf die Monographie der Cummings verwiesen, zur kritischen Auseinandersetzung damit auf die Dissertation von Stumme (1972).

2. Die Hurt-Mind-Serie

Mitte der 50er Jahre strahlte die BBC eine fünfteiligen Fernsehserie zum Problem der Psychiatrie und der psychisch Kranken aus, die in der Öffentlichkeit großes Aufsehen erregte. Die Auswirkungen dieser Serie wurden von mehreren Wissenschaftlern u. a. Belson, Carstairs und Wing analysiert.

Eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse aus Myre Sims Kapitel: „Die Einstellung der Öffentlichkeit“ in seinem Grundriss der Sozialpsychiatrie soll hier wiedergegeben werden.

„Die Einstellung der Öffentlichkeit zu psychischen Krankheiten hat beträchtliche Bedeutung für die Toleranz der Umwelt gegenüber psychotischen Patienten. In einer demokratischen Gesellschaft kann sie außerdem den Rang beeinflussen, den die Regierung den mit psychischen Erkrankungen verbundenen Problemen beimisst. Carstairs und Wing haben 1958 eine fünfteilige Fernsehserie der BBC „The Hurt Mind“ analysiert. Belson hatte bereits 1957 über eine Untersuchung zu diesem Thema berichtet, die im Rahmen eines kontrollierten Experiments Aufschluss über die Reaktion der Zuschauer geben sollte. Dabei wurde eine Gruppe, die das Programm gesehen hatte, mit einer Kontrollgruppe verglichen, die die Serie nicht kannte. Es bleibt offen, ob es zulässig ist, als Kontrollgruppe Personen aus einem anderen Landesteil heranzuziehen, die es vorgezogen hatten, eine Fernsehserie nicht anzuschauen, die immerhin 5 Millionen gesehen hatten. Belsons Ergebnisse sind jedoch nicht sehr überraschend. Er stellt fest, dass „ein bescheidenes, aber gut fundiertes Anwachsen des Vertrauens der Fernsehzuschauer auf die Fähigkeit der Ärzte festzustellen war, psychische Krankheiten zu heilen... Die Bereitwilligkeit, etwa mit ehemaligen Patienten zu tun zu bekommen, war bei vielen geringfügig angestiegen.“

Carstairs und Wing untersuchten 1267 Briefe, die die BBC als Reaktion auf die Fernsehserie erhalten hatte. Der Inhalt der Briefe war natürlich nicht repräsentativ. Trotzdem liefern sie nach Auffassung der Untersucher eindeutige Ergebnisse. Danach schien die Öffentlichkeit reif für eine Ausweitung der gemeindenahen psychiatrischen Krankenversorgung. Viele Briefschreiber baten um weitere Informationen und um Titel guter Bücher über die Psychiatrie. Sehr wenige (17) beschäftigten sich mit Fragen der Vererbung; und nur sieben unterstellten einen Glauben an organische Ursachen psychischer Krankheiten. Man könnte daraus folgern, dass Laien in mancher Hinsicht besser unterrichtet sind als Fachleute! Die mangelnden Möglichkeiten des praktischen Arztes, Hilfe zu leisten, und besonders seine Neigung, sich auf das Rezepte-Schreiben zurückzuziehen, wurden heftig kritisiert. Einige Briefschreiber schlugen sogar vor, in der Ausbildung der Ärzte sollte dem Unterricht in psychologischer Medizin mehr Beachtung geschenkt werden.“

3. The Befrienders

In Großbritannien wurde vor kurzem eine weitere Untersuchung der Einwirkung von Massenmedien auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychischen Problemen durchgeführt. 1973 strahlte die BBC über 11 Wochen zur Hauptsendzeit am Samstag Abend ein Programm mit dem Titel „The Befrienders“ aus. Gegenstand dieser Sendung war die Arbeit der „Samariter“, einer freigemeinnützigen Vereinigung, die es sich ähnlich der Telefonseelsorge in Deutschland zur Aufgabe gemacht hat, in menschlichen Krisensituationen zu helfen und Selbstmordprophylaxe zu betreiben.

T. R. Holding von der Universität Edinburg nahm die Programmserie zum Anlass, ihre Auswirkungen sowohl auf die Arbeit der Samariter wie auf das regionale Entgiftungszentrum in Edinburg zu untersuchen (Brit. Journal of Psychiatry, 1974, 124, 470-72). Die Auswirkungen waren tatsächlich beeindruckend. Während die Sendereihe lief, stieg die Zahl der Ratsuchenden bei den Samaritern um insgesamt 240 %. Die Zahl der mit Suizidversuchen behandelten Patienten stieg ebenfalls an, aber in ähnlicher Weise wie in den Vorjahren, in denen keine entsprechenden Fernsehprogramme gelaufen waren.

Die aufgenommenen Patienten hatten bis zu 50% eine oder mehrere Folgen der Fernsehsendung gesehen. Sie war nach Ansicht des Untersuchers jedoch ohne Einfluss auf ihren Entschluss geblieben, sich das Leben zu nehmen. Sie hatte sie auch nicht motiviert, bei den Samaritern um Hilfe nachzusuchen. Patienten mit Suizidversuchen hatten den Samariterdienst im übrigen schon zu über 80% vor der Sendung gekannt. Nach Abschluss der Sendereihe war nur ein leichter Anstieg im Bekanntheitsgrad zu verzeichnen. Aber dieser Anstieg war bei den Suizidpatienten ohne Konsequenzen geblieben.

Holding folgert daraus, dass die Samariter zwar mit Erfolg in allgemeinen Lebenskrisen Hilfe leisten, dass sie auf der anderen Seite ihr Ziel, Selbstmordprophylaxe zu leisten, bisher nicht erreicht haben.

Hinsichtlich der Auswirkungen der Fernsehserie ist festzuhalten, dass sie öffentlich wirksam gewesen ist, dass sie aber eine andere Zielgruppe als beabsichtigt mobilisiert hat.

4. Die Mind Campaign

„Mind“ heisst Geist oder Verstand, zugleich aber „sich kümmern, sich sorgen“. Beide Bedeutungen will die „Mind Campaign“ ansprechen, die die National Association for Mental Health, der mächtige englische Zweig des Weltverbandes für seelische Gesundheit 1971 begonnen hat. Dieser bisher umfassendste Versuch in der Geschichte der Medizin, in der Öffentlichkeit Verständnis für die Probleme von seelischer Gesundheit und seelischer Krankheit zu wecken, wurde von mehr als hundert überregionalen Verbänden unterstützt – u. a. vom Britischen Roten Kreuz, von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden, Studentenvereinigungen, Wohlfahrtsverbänden und Krankenhausgesellschaften.

In einer Erklärung an die britische Öffentlichkeit, im Mind-Manifest, heisst es:

„Menschliches Glück ist keine automatische Folge des Anstiegs des Bruttosozialprodukts. Die mühsam erarbeitete Verbesserung unseres Lebensstandards hat nur wenig dazu beigetragen, unser Wohlbefinden zu erhöhen.

Dieses Manifest ist ein Plädoyer für jene, die unserer Hilfe und unseres Mitgefühls am dringendsten bedürfen: die psychisch Kranken und die geistig Behinderten, die beim Kampf ums Dasein auf der Strecke geblieben sind.

Es gibt keine klaren Grenzen zwischen seelischer Gesundheit und seelischer Krankheit. Die meisten psychisch Kranken erleben Perioden innerer Stabilität und Einsicht. Die meisten „normalen“ Menschen leiden unter „unbegründeten Ängsten und depressiven Stimmungen“. Die psychisch Kranken sind also keine besonderer Rasse, die mit unserer Welt und unserer Erfahrung nichts zu tun hätten. Sie sind wir und wir sind sie...

Die Mind-Kampagne, die mit einer nationalen Mind-Woche ihren Auftakt nahm, versteht sich als Lobby für die psychisch Kranken. Sie fordert eine Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung im Sinne der Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, den Aufbau von gemeindenahen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen und das Verbot des Neubaus von traditionellen psychiatrischen Großkrankenhäusern. Sie verlangt präventive Maßnahmen zum Schutz gefährdeter Kinder und alter Leute, die Intensivierung von Forschung und Planung, die Bereitstellung von Mitteln zur Verbesserung der Personalsituation in psychiatrischen Einrichtungen und das Engagement der Öffentlichkeit sowie jedes einzelnen Bürgers zugunsten größerer sozialer Gerechtigkeit, menschlicher Lebensbedingungen für die psychisch Kranken, die ihre eigenen Interessen nicht vertreten können. *Die Qualität ihrer Versorgung zeige das Maß der Menschlichkeit einer Gesellschaft an.*

Zur ausführlicheren Darstellung der Unterlagen sei auf die Zeitschrift Mental Health verwiesen, insbesondere auf die Frühjahrsausgabe 1972. Diese kampagnenartigen Aktionen unter Führung der National Association of Mental Health sind seither jährlich wiederholt worden. Soweit mir bekannt, ist eine wissenschaftliche Auswertung ihrer Wirkungen jedoch nicht erfolgt.

5. Die Tübinger Woche der Psychiatrie

Im Sommer 1969 führten die Sozialen Arbeitskreise der Tübinger Hochschulgemeinden ein „Woche der Psychiatrie“ durch, mit dem Ziel, Vorurteile zu überwinden und die Öffentlichkeit aufzuklären, gleichzeitig Mitarbeiter für die Laienaktivitäten der Tübinger Studentengemeinden in der Universitäts-Nervenklinik und im Landeskrankenhaus Zwiefalten zu gewinnen. Diese Aktion fand bei den Bürgern der Stadt und in der lokalen wie in der überregionalen Presse und im Rundfunk ein großes Echo. Die vier Veranstaltungen innerhalb dieser Woche wurden von mehr als 2 000 Bürgern besucht. Inwieweit Aufklärung geleistet wurde, die zur Überwindung von Vorurteilen beiträgt, lässt das Nebenziel, nämlich neben den Studenten auch noch Bürger für die Laienarbeit der Studentischen Hochschulgemeinde zu gewinnen, wurde nicht erreicht; lediglich zwei Schauspieler meldeten sich, die dann aber auch in die Laienarbeit nicht voll integriert werden konnten.

Langfristig hat sich jedoch gezeigt, dass die Woche der Psychiatrie in Tübingen Ausgangspunkt für ein heute noch andauernde enge Zusammenarbeit zwischen den psychiatrischen Diensten der Stadt und der lokalen und überregionalen Presse sowie Südwestfunk und Süddeutschem Rundfunk gewesen ist. Mindestens zwei Journalisten haben seit dieser Zeit und unter dem Einfluss der Zusammenarbeit mit uns die Psychiatrie zu einem ihrer Schwerpunkte und einem ihrer Spezialgebiete gemacht, auf dem sie jetzt hervorragende Sachkenner sind.

6. Freiburger Woche der Psychiatrie

Ein halbes Jahr nach der Tübinger Veranstaltung wurde in Freiburg von den Sozialpolitischen Arbeitskreisen der Hochschulgemeinden eine ähnliche Veranstaltungsreihe wiederholt. Hier waren die Auswirkungen anders. Hier wurden gezielter Bürger für die Mitarbeit in Laienaktivitäten gesucht und gefunden. Die Aktivitäten dauern trotz einiger Schwierigkeiten, die durch die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Landeskrankenhaus entstanden, heute noch an. Ergebnis dieser Aufklärungswoche war die Gründung eines Bürgerkreises, schließlich die Gründung eines therapeutischen Clubs, in dem Laienarbeiter und psychiatrisches Fachpersonal

Nachsorge und soziale Unterstützung leisten. (Verweis auf Hans Gessner, Der freie Mitarbeiter in der Sozialpsychiatrie, 1971).

7. Frank Fischer- Irrenhäuser

1969 erregte das Buch von Frank Fischer „Irrenhäuser“ in der Öffentlichkeit erhebliches Aufsehen. Das Buch wurde in fast allen Zeitschriften besprochen und z. T. unter großen Schlagzeilen herausgebracht. Das Buch bewirkte auch eine erhebliche Diskussion innerhalb der Psychiatrie. Eine Zeitschrift, die das Buch teilweise abdruckte, bekam zahlreiche Leserbriefe. Diese wurden von Mitarbeitern der Psychiatrischen Klinik Düsseldorf auf ihre Wirkung auf die Öffentlichkeit untersucht. (Quelle ist mir leider nicht bekannt, kann aber bei Bedarf mit etwas Mühe beschafft werden.)

8. Die Grafenberg-Kampagne

In Düsseldorf-Grafenberg wurden 1974 durch das zuständige Gesundheitsamt Missstände aufgezeigt und der Öffentlichkeit bekannt gegeben. Diese öffentliche Stellungnahme des Gesundheitsamtes hatte eine heftige Reaktion in der regionalen Presse zur Folge. Im Zusammenhang damit kam es zu Diskussionen zwischen psychiatrischen Diensten und der Öffentlichkeit. Als Ergebnis wurden schließlich durch den verantwortlichen Träger Verbesserungen im Landeskrankenhaus selber durchgeführt. Direktor der psychiatrischen Klinik Düsseldorf, Prof. Heinrich, berichtete anlässlich des Kongresses für Psychiatrie und Nervenheilkunde in München 1974 darüber (siehe außerdem Dokumentation der Zeitungsartikel im Pressespiegel des Landschaftsverbands Rheinland).

Laienarbeit als langfristig wirksame psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit

Laienarbeit bedeutet neben der praktischen Hilfe für psychisch kranke auch eine Form der Öffentlichkeitsarbeit, die langfristig wirksam ist. Das gilt in besonderem Maße, wenn die Laienhelfer etwa aus studentischen Gruppen bestehen. Darauf haben Finzen und Wiethölter im Zusammenhang mit mehrjährigen Erfahrungen mit studentischer Öffentlichkeit an der Universitäts-Nervenlinik Tübingen hingewiesen.

„Aber es ist ebenso wenig verfehlt, anzunehmen, dass auf der anderen Seite zahlreiche Studenten in der Begegnung mit dem psychisch Kranken ein ähnliches Schlüsselerlebnis gehabt haben: „Die sind ja gar nicht so!“ Sie alle werden es nach einem oder zwei Semestern Arbeit in der Klinik, nach einer gemeinsamen Stocherkahnpartie auf dem Neckar, bei einem gemeinsamen Tanzabend oder bei einer langen Diskussion nicht mehr fertig bringen, psychisch Kranke global als unberechenbar und gefährlich anzusehen und sie hinter möglichst hohe und dicke Anstaltsmauern zu wünschen. Sie haben mit eigenen Augen gesehen, dass selbst bei dem günstigen Personalschlüssel in unserer Klinik nicht alles vorbildlich ist, und haben gelernt, dass die Situation anderswo wesentlich ungünstiger, dass die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik verbesserungsbedürftig ist. Der Student, der bei uns Laienarbeit geleistet hat, kann die Erfahrungen, die er in der Begegnung mit psychisch Kranken gesammelt hat, später in seinem Beruf anwenden und weiterverbreiten. Er ist schließlich der ideale Experte: Er weiß, wie es ist; denn er hat es gesehen und ist, anders als der Psychiater, nicht Partei.

Zudem hat seine Fähigkeit zugenommen, Symptome psychisch Kranker von anderem abweichenden Sozialverhalten zu unterscheiden. Die Wahrscheinlichkeit ist größer geworden, dass er in seinem Beruf als Lehrer, Richter oder Betriebsleiter, psychisch Kranke erkennen und zum Arzt schicken wird, statt sie sozialen Sanktionen auszusetzen.

Mit anderen Worten: das studentische Engagement in der Psychiatrie ist also eine langfristig wirksame Form der psychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit (Finzen, 1969).

Die große Fluktion unserer Mitarbeiter, die uns immer wieder Sorge bereitet und die zeitweise die Kontinuität unserer Arbeit bedroht hat, zeigt also nicht nur Nachteile. Immerhin sind in den letzten fünf Jahren zwischen 400 und 500 Studenten Mitglieder

unserer Kreise gewesen. Dieser Gesichtspunkt erscheint uns zunehmend als einer der wichtigsten Aspekte gerade der studentischen Laienarbeit.“

B. Zur Zielsetzung von Maßnahmen zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten

Die Zielsetzung der einzelnen oben angeführten Aktionen zur Beeinflussung von Vorurteilen ergibt sich meist aus ihrer Schilderung. Bei den meisten dieser Aktionen ist es nicht ohne weiteres möglich, zwischen den drei Variablen sozialer Einstellung: „Kognition“, „Emotion“ und „Verhalten“ zu unterscheiden.

Aufklärung im Sinne der Verbesserung der Information über Psychiatrie und psychische Krankheit war bei jeder dieser Aktionen ein Ziel. Soweit sie nicht skandalumwittert waren wie etwa die Veröffentlichung des Fischer-Buches oder die Stellungnahme des Düsseldorfer Gesundheitsamtes vor der Öffentlichkeit, waren sie auch darauf ausgerichtet, Angst abzubauen und letztlich auch Verhalten zu verändern.

Wie schwierig sich das gestaltet, zeigt sich auch bei dem Verhaltensaspekt bei der Untersuchung über die Telefonseelsorge in England, wo die erreichten Ziele sich am deutlichsten von den Zielsetzungen unterscheiden. Das gleiche gilt aber auch für die Woche der Psychiatrie in Tübingen, wo als einziges konkretes Ergebnis, das sich langfristig hielt, eine Zusammenarbeit mit der Presse erreicht wurde, während das erklärte Ziel, Mitarbeiter für die Laienhelfergruppen zu gewinnen, nicht erreicht wurde. Im Gegensatz dazu wurde in Freiburg das erklärte Ziel, Bürger aus der Stadt für die Mitarbeit zu gewinnen, erreicht.

Bei allen Aktionen zur Überwindung von Vorurteilen spielte die emotionale Ebene eine Rolle. Angstabbau war ein Ziel dieser Aktion. Aber der Angstabbau wurde durchaus nicht immer erreicht. Am deutlichsten wird das Projekt der Cummings, wo Ängste mehr aktualisiert als abgebaut wurden. Hinsichtlich Einzelheiten sei auf die Arbeit der Cummings verwiesen. Im Zusammenhang mit dem Buch von Frank

Fischer und mit der Aktion des Gesundheitsamtes Düsseldorf trat erwartungsgemäß ein entgegengesetzter Effekt ein. Es wurden Ängste gegenüber den psychiatrischen Institutionen und im Zusammenhang damit wahrscheinlich auch gegenüber psychisch psychisch Kranken aktualisiert.

Diese Aktualisierung von Angst lässt jedoch nicht ohne weiteres den Schluß zu, dass diese Aktionen negative Auswirkungen hatten. Das Buch von Frank Fischer trug wesentlich zu einer Intensivierung der Psychiatriediskussion in der Bundesrepublik bei. Es weckte das Interesse der Massenmedien an diesem Problem, das bis dahin mehr am Rande behandelt wurde. In Düsseldorf waren auf der anderen Seite konkrete Verbesserungen die folge der Aktion des Gesundheitsamtes.

Am deutlichsten wird die gleichzeitige Einwirkung auf die Aspekte Kognition, Emotion und Verhalten an den Mitgliedern der Laienhelfergruppen in Tübingen, die von Finzen und Wiethölter als Beispiele langfristiger Öffentlichkeitsarbeit dargestellt wurden. Mitarbeiter dieser Arbeitskreise arbeiteten konkret daran, sich Informationen zu verschaffen und Informationen an andere weiterzugeben. Durch die praktische Arbeit mit psychisch Kranken veränderte sich ihre emotionale Haltung gegenüber psychisch Kranken im Sinne eines Angstabbaus. Im Rahmen der Mitarbeit in den Kliniken veränderte sich auch ihr praktisches Verhalten gegenüber psychisch Kranken.

Zwar sind von diesen Arbeitskreisen verhältnismäßig wenige Personen erfasst worden (innerhalb von 5 Jahren 400 Studenten). Es ist jedoch zu bedenken, dass diese Studenten nach Beendigung ihres Studiums wichtige Schlüsselpositionen in der Gesellschaft wahrnehmen werden, dass sie die von ihnen gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse als Richter, Pfarrer, Lehrer oder Betriebsleiter verwerten und weitergeben werden. Sie sind als Schlüsselpersonen und Multiplikatoren zugleich.

C. Methoden und Effizienz

Die individuellen Ansätze und Methoden der oben geschilderten Projekte und Maßnahmen wurden bereits dargestellt. Soweit es möglich war, wurden auch ihre Auswirkungen diskutiert. Es ist jedoch außerordentlich schwierig, ihre Effizienz zu beurteilen, zumal ein langfristiger und kurzfristiger Aspekt unterschieden werden

muss, und zumal die Auswirkungen, wie etwa die Tübinger Woche der Psychiatrie oder die Befriender-Serie der BBC gezeigt haben, anders sein können als die ursprüngliche Zielsetzung, ohne dass das bedeuten müsste, es seien keine oder negative Auswirkungen vorhanden gewesen. Schließlich muss festgehalten werden, dass die Effizienzkontrolle von Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit außerordentlich schwierig ist, dass sie ein methodologisch keines bewältigtes Problem darstellt. Mit der Vielschichtigkeit dieser Problematik setzt sich vor allem Stumme auseinander. Zugleich sei jedoch auf die Untersuchungen von Star und Nunally in den Vereinigten Staaten verwiesen.

D. Erfolgswahrscheinlichkeit

Die Frage, welche Erfolgswahrscheinlichkeit, welche Methoden und welche Medien beim Einsatz zur Korrektur von Stereotypen und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken haben, ist außerordentlich schwer zu beantworten. Denn nicht nur das „medienmäßig Machbare“ ist zu berücksichtigen: jede Art psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit hat den gegenwärtigen Stand der psychiatrischen Versorgung und zugleich den Informationsstand und die Vorurteile des psychiatrischen Fachpersonals in Rechnung zu stellen.

Gerade in der Bundesrepublik besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem, was die Psychiatrie leisten könnte, und dem, was sie tatsächlich leistet. Zugleich muss sich jede Art von Öffentlichkeit damit auseinandersetzen, dass die moderne Psychiatrie auch beim Personal eine veränderte Einstellung gegenüber dem psychisch Kranken voraussetzt und dass diese Einstellungsänderung aufgrund des Zustandes und der sozialgeschichtlichen Entwicklung der psychiatrischen

Krankenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland in den meisten psychiatrischen Einrichtungen bisher keineswegs erreicht ist. Unter diesen Umständen stellt sich die Frage, ob eine Öffentlichkeitsarbeit, die durch „Aufklärung“ um Verständnis für die psychisch Kranken wirbt, überhaupt erfolgreich sein kann, wenn nicht zugleich die Psychiatrie verändert wird.

Stumme hat sich mit dieser Problematik in seiner Kritik der Vorurteilsforschung auseinandergesetzt:

„Besonders schwerwiegend ist es unseres Erachtens, dass Vorurteilsforscher in diesem Bereich immer wieder betonen, dass die von ihnen untersuchten Vorurteile durch die Bereitstellung ausgewählter Informationen zu verändern seien – obwohl es weder dafür eine Bestätigung gibt noch für den gewöhnlich mitgelieferten Hinweis, wonach man für vorurteilsverändernde Prozesse die Zeit von einigen Generationen in Rechnung stellen müsse. Durch die Übernahme dieser Ergebnisse seitens der Psychiatrie – vor allem auch, weil bei der Diskussion um die Veränderung von Vorurteilen die Situation der psychiatrischen Institutionen einmal mehr tabuisiert wird – kann dort der Eindruck entstehen, dass viele Reformvorhaben besser in die Wege zu leiten seien, wenn die Bevölkerung keinerlei negative Attitüden gegenüber „Geisteskranken“ mehr habe. Dabei überseht man ebenfalls die eigene, für psychisch Kranke allzu oft diskriminierende Praxis und läut Gefahr, die Notwendigkeit dringender Veränderungen in den psychiatrischen Anstalten zu verdrängen“

„Dennoch erscheint uns eine Öffentlichkeitsarbeit... sehr nützlich zu sein – nicht um die allgemeine Öffentlichkeit zu Minipsychiatern zu machen, zu atomisierten Heilkundigen, sondern um diese Öffentlichkeit mit offenen Karten über alle Bereiche des psychiatrischen Versorgungssystems zu informieren... Insbesondere um unverzüglich notwendige Veränderungen in die Wege zu leiten.

Wesentlich wichtiger als eine Öffentlichkeitsarbeit, die sich an eine breite Bevölkerung wendet, ... ist unseres Erachtens eine Informationspolitik, die sich direkt an die zu wenden hätte, die Veränderungen konzipieren und finanzieren können, vor allem über an diejenigen, die letztlich die Qualität der zu praktizierenden

Reformvorhaben entscheidend determinieren: das gesamte psychiatrische Personal in psychiatrischen Einrichtung – denn dort gilt es vorrangig, den Schleier der Betriebsblindheit zu durchbrechen.“

Diese Ausführungen von Stumme sind von außerordentlicher Bedeutung. Jede Öffentlichkeitsarbeit zur Überwindung von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken muss sie berücksichtigen und ein entsprechendes Maß an Differenzierung aufweise.

Dazu gehört u. a.:

1. Berücksichtigung der brutalen Realität der psychiatriischen Krankenversorgung.
2. Berücksichtigung des noch vorhandenen verwahrenden Behandlungsstils in den meisten psychiatrischen Einrichtungen.
3. Darstellung der Möglichkeiten der modernen Psychiatrie bei optimalem Einsatz von Mitteln und Personal.
4. Überprüfung und Berücksichtigung der tatsächlichen Einstellungen der Bevölkerung zu psychisch Kranken, wenn eine moderne rehabilitativ ausgerichtete Psychiatrie praktiziert wird (mit dem Ziel der Reintegration des psychisch Kranken in die Gemeinde; Rekommunalisierung der Psychiatrie).

Entsprechend vielfältig müssen die Ansätze zu einer Öffentlichkeitsarbeit sein, wenn sei nicht von vornherein zu Misserfolg verurteilt sein soll:

Ist der Abbau von Vorurteilen überhaupt möglich, wenn die Öffentlichkeit in Stein und Eisen täglich vorgeführt bekommt, wie die Realität der psychiatrischen Krankenversorgung ist: nämlich Gefangenschaft, Isolation, Entmündigung, Bewachung.

Ist es überhaupt möglich, Vorurteile abzubauen, solange man es mit keiner guten Psychiatrie zu tun hat, mit einer Psychiatrie zumindest, die nicht das leisten, was aufgrund der vorhanden Kenntnisse über psychische Krankheiten und psychiatrische Krankenversorgung möglich wäre.

Über die brutale Realität der psychiatrischen Krankenversorgung ist in jüngster Zeit viel geschrieben worden. Bei jeder Öffentlichkeitsarbeit muss es darum gehen, der Bevölkerung zu erklären, warum diese Brutalität so brutal ist, warum es im Zwischenbericht der Sachverständigenkommission heißen konnte, dass psychisch Kranke unter Zuständen leben, die „teilweise noch menschenwürdig und unmenschlich“ sind, warum so viele Patienten psychiatrischer Krankenhäuser zwangseingewiesen sind, warum die meisten psychiatrischen Krankenhausstationen noch geschlossen sind, warum psychiatrische Krankenhäuser so wie von den Wohnorten der Patienten entfernt sind, warum noch in den letzten Jahren psychiatrische Krankenhäuser in die Einöde gebaut worden sind.

Es ist von allergrößter Bedeutung, eindeutig klarzustellen, dass das nicht an den Patienten liegt, sondern an der historischen und neueren Entwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung. Es ist eindeutig klarzustellen, dass das nicht so sein sollte. Es sind Erklärungen zu versuchen, warum die Änderung so schleppend verläuft.

Dabei sind schwerwiegende, kaum wieder gutzumachende Fehler zu vermeiden, die keine noch so intensive Öffentlichkeitsarbeit zur Überwindung von Vorurteilen korrigieren kann: Öffentlichkeitsarbeit zur Überwindung von Vorurteilen wäre es beispielsweise gewesen, wenn die Verantwortlichen bei der Übergabe der Landesklinik Nordschwarzwald klargestellt hätten, dass der Bau dieser Klinik ein Planungsfehler der 50er Jahre war. Als sie der Presse und der Öffentlichkeit als „Jahrhundertereignis“ verkauft wurde, lässt alle diejenigen leicht unglaublich erscheinen, die sich um eine gemeindenähe psychiatrische Krankenversorgung bemühen, um die Behandlung des psychisch Kranken in der Nähe von Arbeitsplatz und Familie.

Denn die Ausgrenzung der psychiatrischen Kliniken aus den Siedlungsbereichen hat nicht nur Nachteile für die psychiatrische Behandlung. Sie ermöglicht zugleich die Ausblendung der Probleme der psychisch Kranken aus dem Bewusstsein, der

Öffentlichkeit. Stumme hat gezeigt, dass der Geisteskranke für die Öffentlichkeit weitgehend identisch mit dem psychiatrischen Krankenhauspatienten ist. Eine Konfrontation mit diesem Patienten ist wegen der gemeindefernen Lage der meisten psychiatrischen Behandlungseinrichtungen überhaupt nicht möglich. Die fehlende Konfrontation, die fehlenden Begegnungen bedeutet aber zugleich, dass keine realen Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern der Öffentlichkeit und den Geisteskranken möglich sind, die Vorurteile durch Erfahrung, durch I-Augenscheinnahme korrigieren könnten.

Dieser mangelnden Möglichkeit, zu erfahren, dass psychisch Kranke in Wirklichkeit „ganz anders“ sind, steht die Erfahrung gegenüber, dass psychisch Kranke von Experten in diese Anstalten ausgegliedert werden: also muss an den eigenen Ängsten, Befürchtungen und Widerständen gegenüber diesen Kranken doch etwas Wahres dran sein.

Solange das therapeutische Personal überwiegend eine kustodiale Haltung gegenüber den psychisch Kranken vertritt, wird man von der Öffentlichkeit kaum eine aufgeklärtere Begegnung mit den psychisch Kranken erwarten können. Solange das psychiatrische Fachpersonal es für notwendig hält, den größten Teil der Patienten einzuschließen wird jede Art der Öffentlichkeitsarbeit durch die Wirklichkeit unterlaufen. Dieser Gesichtspunkt ist ein Teilaspekt der brutalen Realität der psychiatrischen Krankenversorgung. Die Haltung des therapeutischen Personals wirkt in ähnlicher Weise auf die Urteilsbildung der Bevölkerung zurück wie die gemeindeferne Lage der psychiatrischen Krankenhäuser, wie ihr Ghettocharakter. Erst mit einer Änderung der Behandlungsstile mit einer offenen, rehabilitativen, auf Auseinandersetzung mit dem Patienten ausgerichteten Psychiatrie kann man erwarten, dass auch die Öffentlichkeit gegenüber dem psychisch Kranken verändert.

Die Darstellung der Möglichkeiten der modernen Medizin bei optimalem Einsatz an Mitteln und Personal ist notwendig. Sie ist notwendig, um der Öffentlichkeit zu zeigen, was unter anderen Voraussetzungen möglich ist. Sie ist aber ebenso notwendig, um der Fachöffentlichkeit zu zeigen, wie sie eigentlich Psychiatrie treiben sollte. Das bedeutet in letzter Konsequenz, dass Öffentlichkeitsarbeit, die hier ansetzt, dann erfolgreich wäre, wenn sie die Fachleute zu einer Veränderung ihres

Handelns motiviert oder wenn sie die Öffentlichkeit veranlasste, Druck auf die Fachleute auszuüben, ihr Handeln zu verändern.

Psychiatrie sollte für sich selber sprechen: Das Beispiel Tagesklinik

Im Anschluss an diese Überlegungen und in Anlehnung an Stumme muss man sich die Frage vorlegen, ob wir es in erster Linie überhaupt mit einem Vorurteil der Bevölkerung zu tun haben oder mit einer unzulänglichen Psychiatrie. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass dieser zweite Aspekt in der innerpsychiatrischen Diskussion und in der Diskussion um die psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit bisher nicht genügend berücksichtigt worden ist. Dazu ein Beispiel aus eigenen praktischen Erfahrungen in einem gemeindenahen psychiatrischen Dienst – einer rehabilitativ ausgerichteten Tagesklinik:

Obwohl wir es in unserer Tagesklinik zu 70% mit schwerbehinderten, chronisch rezidivierenden Schizophrenen zu tun haben, haben wir die Rehabilitation unserer Patienten während der vergangenen eineinhalb Jahren zunehmend nach außen verlagert: in die Betriebe, aus denen die Patienten zu uns kamen bzw. in jene Betriebe, in die wir sie rehabilitieren wollten, in denen sie nach der Entlassung arbeiten sollten. Wir nennen dieses Verfahren, das mannigfache therapeutische Vorteile der Arbeitstherapie am eigenen Arbeitsplatz. Im Verlauf dieser nach außen orientierten Arbeit konnten wir zahlreiche Beobachtungen machen, die über unsere engere Aufgabe der Rehabilitation hinausging und die die Einstellung der Mitbetroffenen, nämlich der Arbeitgeber, sowie der Kollegen am Arbeitsplatz betrafen.

Unsere wesentlichen Erfahrungen laufen darauf hinaus, dass Vorurteile und Stereotypen dann nicht wirksam werden, wenn sich die psychiatrischen Dienste aktiv einschalten, wenn sie das Problem individualisieren, auf den einzelnen Fall abstellen, wenn sie zum Gespräch mit dem Partner in der Öffentlichkeit bereit sind, wenn sie ihm zusichern, bei Problemen und Krisen helfend einzuspringen. Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen waren bisher in jedem Fall die betroffenen

Arbeitgeber, Personalabteilungen und Arbeitskollegen bereit, Mitverantwortung zu übernehmen.

Ablehnung gegenüber dem Patienten wie wir sie eigentlich erwartet hatten und wie sie uns Patienten immer wieder berichten, wenn sie allein ohne Unterstützung in den Betrieb zurückkommen, ist in keinem einzigen Fall aufgetreten, obwohl mannigfache Probleme und Schwierigkeiten zu überwinden waren.

Wenn es in Einzelfällen zu Situationen kam, wo die Arbeitstherapie im eigenen Betrieb abgesprochen werden musste, dann lag das nicht an irgendwelchen Vorurteilen, sondern an objektiven Schwierigkeiten, die in der Verhaltensstörung des psychisch kranken Patienten begründet waren.

Dieser letzte Aspekt erscheint mir außerordentlich wichtig zu sein, denn eine amerikanische Untersuchungsgruppe aus Connecticut hat kürzlich herausgefunden, dass es offenbar nicht die psychische Krankheit selber ist, die zu Reaktionen und zu Aktualisierung von Vorurteilen gegenüber dem Patienten führt, sondern das konkrete Verhalten des Patienten in der jeweiligen Situation in der Öffentlichkeit oder am Arbeitsplatz. Mit andern Worten, psychisch Kranke werden akzeptiert, wenn sie sich unauffällig verhalten, wenn sie nicht störend in das Gefüge des Betriebs eingreifen oder wenn immer diese Störung besteht. Das bedeutet zugleich, dass psychisch Kranke zunächst wie andere auch behandelt werden, dass bei Bekanntsein ihrer Störung erst im Nachhinein die psychische Krankheit als Begründung bzw. als Erklärung fast das abweichende Verhalten herangezogen wird und dann als Vorurteil imponiert, obgleich es in diesem Fall wesentlich eine Beurteilung der Situation ist.

Konkrete Empfehlungen

Die komplexe Situation der psychiatrischen Krankenversorgung und die komplexe Problematik dessen, was als Vorurteile und Stereotype gegenüber psychisch Kranken erscheint, muss sich zwangsläufig auf alle Versuche zur Aufklärung der Allgemeinheit auswirken.

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Problematik ist es beispielsweise unwahrscheinlich, dass Maßnahmen, die sich etwa bei der Verkehrsaufklärung bewährt haben, wie regelmäßig ausgestrahlte Fünf-Minuten-Spots oder ähnliches, sich für eine Öffentlichkeitsarbeit auf dem Gebiet der Psychiatrie nicht eignet. Sie können die schwierigen Sachverhalte nur oberflächlich berühren und laufen Gefahr, eher Ängste zu aktualisieren, als sie durch Informationen abzubauen. Auf der anderen Seite muss man damit rechnen, dass einzelne umfassende Darstellungen in Funk, Fernsehen oder Presse einen verhältnismäßig geringen Anteil der Bevölkerung erreichen. Dennoch scheint mir dieser Weg eher vertretbar zu sein, wenn der Weg über die Massenmedien überhaupt beschritten werden soll. Das heißt, Förderung der regelmäßigen Auseinandersetzung von Funk und Fernsehen mit Problemen der psychisch Kranken und ihrer Versorgung, Förderung entsprechender Beiträge in Tagespresse und Zeitschriften.

Zur Gewährleistung der Regelmäßigkeit von Informationen ist konkret zu empfehlen, eine Pressekorrespondenz wie etwa den Deutschen Forschungsdienst zu motivieren, sich mit Unterstützung der Bundeszentrale einen Psychiatrieteil anzugliedern.

Einmalige Aktionen, etwa Aufklärungsaktionen großen Stils, werden weder als Broschüre noch als Fernsehsendung anhaltenden Erfolg haben, weil es nicht nur um Information, sondern vor allen Dingen um die Korrektur von Verhalten und die Änderung von emotionalen Haltungen geht. Beides sind längerfristige Prozesse, die eine dauernde Auseinandersetzung mit dem Problem voraussetzt.

Die oben (Teil A) angeführten Beispiele legen jedoch nahe, Formen der Öffentlichkeitsarbeit einzusetzen, die sich – möglicherweise mit überregionaler Unterstützung – auf regionaler Ebene abspielen: dort, wo sich Vorurteile und Stereotype gegenüber psychisch Kranken massieren und konkretisieren, dort, wo tatsächlich auch eine Begegnung mit dem psychisch Kranken möglich ist, wo der „gewöhnliche Bürger“ identifizieren kann.

Damit ist neben dem Personal der psychiatrischen Dienste in erster Linie die Bevölkerung in Betracht zu ziehen, die in unmittelbarer Umgebung psychiatrischer Einrichtungen lebt und die motiviert werden könnte, durch praktische Hilfe

Erfahrungen zu sammeln, etwa durch Laienarbeit in den Institutionen oder durch aktive Hilfe bei der Rehabilitation und der Reintegration von psychisch Kranken. Hier sind aber auch die unmittelbar Betroffenen zu nennen, d. h. außer den Patienten selber, die Angehörigen, Freunde und Nachbarn sowie die Arbeitskollegen des Patienten, des psychisch Kranken, die insbesondere bei chronischem Krankheitsverlauf ohnehin gezwungen sind, sich mit dem Problem auseinander zu setzen und deswegen für konkrete Öffentlichkeitsarbeit verhältnismäßig leicht erreichbar wären. Letztlich bedeutet diese Empfehlung, dass neben oder statt der Information durch Massenmedien die konkrete Aufklärung der Bevölkerung eines überschaubaren Raumes und die konkrete Auswahl besonderer Zielgruppen ins Auge gefasst werden muss.

Die Basis für solche Aktionen können die lokalen psychiatrischen Dienste sein, die ohnehin Öffentlichkeitsarbeit leisten bzw. leisten sollten, die aber der Unterstützung bedürfen, um diese aufgaben sachgerecht und effektiv zu erfüllen. Koordiniert werden könnten solche Aktionen durch überregionale Vereinigungen, die entsprechende Ziele verfolgen – etwa die Aktion psychisch Kranke, die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, etwa in dem Sinne, wie die englische National Association of Mental Health das seit Jahren praktiziert.

Nur auf der regionalen Ebene wird es möglich sein, die genannten Zielgruppen direkt anzusprechen und sich mit ihnen auseinander zu setzen. Eine wesentliche Rolle dabei können spielen:

1. Auf dem Sektor der psychiatrischen Fachpersonals eine zeitgemäße Fort- und Weiterbildung unter dem Aspekt der Einstellungs- und Verhaltensänderung.
2. Auf der Ebene der Erfassung der Schlüsselpersonen in der Gemeinde, lokale Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen mit dem Ziel, Laienarbeitsgruppen und Hilfsvereinigungen zu gründen, die sich der Probleme der psychisch Kranke annehmen, mit ihren Einstellungen auf das Personal zurückwirken und zugleich als Schlüsselpersonen in der

Gemeinde ihre Erfahrungen weitergeben und so als Multiplikatoren wirken.

3. Die Patienten selber sind ebenfalls eine wichtige Ansatzgruppe. Verschiedene Untersuchungen von Beuttenmüller, Hinz und Balke haben gezeigt, dass die Patienten im wesentlichen die Vorurteile der Gesellschaft gegen die psychisch Kranken teilen. Diese Arbeit zu leisten, ist intramural Aufgabe der psychiatrischen Dienste. Außerhalb kann sie aber auch Aufgabe von Clubs sein, die von Laien gesteuert werden.

Das gleiche gilt für Aufklärung der mitbetroffenen, nämlich der Angehörigen, der Freunde, der Nachbar. Auch hier ist die Aufklärung primär Aufgabe der psychiatrischen Dienste oder sekundär sollten andere Gruppen wirksam werden. Auch hier muss es sich um konkrete Öffentlichkeitsarbeit, im Zweifelsfall auch um konkrete Unterstützung handeln. Denn das Reden von einer Sache und der Beweis, dass im konkreten Fall auch Hilfe und Unterstützung geleistet wird, sind zwei Dinge; und Vertrauen in die Psychiatrie wird nicht gewonnen werden, wenn das Hilfsversprechen nicht eingelöst wird.

4. ein weiterer Faktor von allergrößter Bedeutung ist die Umstrukturierung der psychiatrischen Krankenversorgung im Sinne einer Rekommunalisierung, im Sinne einer Orientierung in die Gemeinde, etwa in dem Sinne, wie das am Tübinger Beispiel geschildert worden ist. Solche Ansätze sollten unter ihrem Öffentlichkeitsarbeitsaspekt gefördert werden.
5. Bei allen Aktionen zur Aufklärung der Öffentlichkeit ist es wichtig, dass nicht der Versuch unternommen wird, der Öffentlichkeit eine Wirklichkeit der Psychiatrie zu verkaufen, die es nicht gibt. Fehler, Lücken, Mängel müssen aufrichtig geschildert werden. Gleichzeitig ist es aber notwendig, um Angst abzubauen und um Änderungen zu erreichen, mögliche Alternativen aufzuzeigen. Dabei ist es besonders wichtig, die Öffentlichkeit, die Politiker oder wer immer angesprochen ist, nicht als Feind aufzubauen, der sich am psychisch Kranken schuldig gemacht hat, sondern auf die komplexen dynamischen Probleme von

psychischer Krankheit hinzuweisen. Dabei ist es vor allen Dingen notwendig, nach außen und gegenüber der Psychiatrie deutlich zu machen, dass ein erfolgreich behandelter psychisch Kranker hervorragende Öffentlichkeitsarbeit ist, während ein vorzeitig entlassener, mit Medikamenten vollgestopfter und schon deswegen behinderter Patient an der Arbeitsstelle und zu Hause schlechte Öffentlichkeitsarbeit leistet.

6. Zur Ankurbelung solcher Aktionen auf regionaler Ebene können auch überregionale Kampagnen von großer Bedeutung sein. Das hat die englische Mind-Campaign bewiesen. Solche Kampagnen sollten sich aber nicht nur auf Rundfunk und Fernsehsendungen sowie auf Pressemeldungen oder Broschüren stützen. In den letzten Jahren hat es sich in England bewährt, dass solche Aktionen in Presse und Rundfunk begleitet wurden von Aktionen der Verbände und der psychiatrischen Dienste auf regionaler Ebene. Das ist z. B. dadurch geschehen, dass man eine National-Mind-Week ausgerufen hat in der sich Öffentlichkeitsaktivitäten, Tage der offenen Tür usw. konzentrieren, so dass die gesamte Öffentlichkeit nicht daran vorbeikommt, diese zur Kenntnis zu nehmen. Allerdings sind solche Veranstaltungen nur dann sinnvoll, wenn sie auf lokaler Ebene mit konkreten Zielen verbunden sind, z. B. der Aktivierung von Laienhelfern, von Bürgerinitiativen und Angehörigengruppen, von Nachsorgeclubs, der Werbung für teilstationäre Einrichtungen für Beratungsstellen.

Psychische Krankheit und seelische Gesundheit sind keine absoluten Größen. Jeder Gesunde leidet zumindest zeitweise unter Ängsten und Beschwerden, die bei stärkerer Ausprägung als Symptome von psychischer Krankheit zu werten wären. Jeder Kranke hat Persönlichkeitszüge, in denen er sich nicht vom Gesunden unterscheidet. Die psychiatrisoziologische Forschung der vergangenen Jahrzehnte hat gezeigt, dass die Tendenz, psychisch abweichendes Verhalten zu „normalisieren“ größer ist, als die Neigung es psychiatrisch zu kategorisieren. Jede psychiatrische Öffentlichkeitsarbeit muss diese

Tatsache zur Kenntnis nehmen. Nicht so sehr die psychische Krankheit selber wie das Verhalten des Gestörten ist Anlass für negative Reaktionen der Umwelt. Nicht so sehr die Uneinsichtigkeit oder mangelnde Bereitschaft zur Auseinandersetzung sind die Hauptursache der bestehenden Vorurteile und Stereotype gegenüber psychisch Kranken, sondern die jahrzehntelangen Erfahrungen mit einer unzulänglichen psychiatrischen Krankenversversorgung. Der verantwortliche Fachöffentlichkeit dies deutlich zu machen, ist eine der wichtigsten Aufgaben psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit.

Schlussfolgerungen

Unter Berücksichtigung der angeführten Gesichtspunkte zum Inhalt und zur Art der Öffentlichkeitsarbeit werden folgende konkrete Maßnahmen empfohlen:

1. Förderung regelmäßiger Berichterstattung in Presse, Funk und Fernsehen über die Situation der Psychiatrie und die Probleme der psychisch Kranken durch qualifizierte Journalisten und journalistisch qualifizierte Psychiater.
2. Einrichtung und Förderung einer Pressekorrespondenz, die sich diesem Problemkreis widmet, vorzugsweise durch Attachierung an einen bestehenden Pressedienst wie etwa den der der DFG geförderten Deutschen Forschungsdienst.
3. Unterstützung von Öffentlichkeitsarbeit und Angehörigenarbeit auf lokaler Ebene, wie sich durch Laienhelferkreise, Hilfsvereine und einzelne psychiatrische Dienste geleistet werden.
4. Projektzentrierte Unterstützung überregionaler Organisationen, die sich psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere Beeinflussung der Fachöffentlichkeit zum Ziel gemacht haben und die die regionale Öffentlichkeit koordinieren sollen.

5. Gegebenenfalls Initiierung von Aktionen analog der englischen Mind-Campaign, unter der Voraussetzung, dass diese mit konkreten Zielen auf lokaler Ebene verbunden sind.

Literatur

B a l k e, A. und H i n z, H.: Der Weg in die psychiatrische Institution – Urteile und Meinungen von psychisch Kranken und Psychiatrie und psychische Krankheiten. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie 10 Tübingen: Soziale Arbeitskreise, 1974

B e l s o n: zitiert nach Sim, 1974

B e u t t e n m ü l l e r, U.: Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten einer psychiatrisch-neurologischen Poliklinik, Med. Diss., Tübingen, 1972

C a r s t a i r s, M. und W i n g, J. K.: zitiert nach Sim, 1974

C u m m i n g, E. und J.: Closed Ranks, Cambridge/Mass.: H. U. P. 1957

F i n z e n, A.: Psychiatrie und Öffentlichkeit, Tübingen, Fortbildungstage für Nervenärzte, Okt. 1969

F i n z e n, A. und W i e t h ö l t e r: Studentische Laienarbeit als wirksame Form langfristiger psychiatrischer Öffentlichkeitsarbeit. In: H. Lauter und Meyer, J. E. (Hrsg.). Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, Stuttgart, Thieme, 1971.

F i s c h e r, F.: Irrenhäuser, München: Desch, 1969

H e i n r i c h, K.: Anatomie einer Psychiatrieanklage, Kongr. der DGPN, München, 11./12. Oktober 1974

H o l d i n g, T. A.: Brit. J. Psychiat. 124, 470-472 (1974)

M e n t a l H e a l t h, London, Spring 1971, S. 2-8.

Nunnally, J. C.: Popular Conceptions about Mental Health, New York: Holt, Rinehart und Winston, 1961.

S c h u l t e, W.: Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke und psychisch Gefährdete, Deutsches Ärzteblatt, 2342 bis 2348 (1970).

S i m, M.: Hilfe für den psychisch Kranken; ein Grundriss der Sozialpsychiatrie. 2. Aufl., Stuttgart: EVW, 1974

S t a r, S. A.: The public Ideas about mental Illness National Opinion Research Center, Chicago, 1955.

S t u m m e, W.: Die differenzierten Vorstellung des Laien zum Problemkreis psychischer Erkrankungen. Dissertation. Köln, 1972.

Stigma. Die zweite Krankheit

Im vergangenen Jahrzehnt ist das Bewusstsein dafür gewachsen, dass die Stigmatisierung eine schwere Last für die Psychosekranken und ihre Angehörigen ist. Das Leiden unter dem Stigma, unter Vorurteilen, Diffamierung und Schuldzuweisung, wird zur zweiten Krankheit. Deshalb muss die Psychiatrie sich, wenn sie erfolgreich behandeln will, auch mit der Stigmatisierung ihrer Kranken auseinander setzen. Sie tut dies mittlerweile nicht nur auf individueller Ebene. Unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation versuchen zahlreiche nationale psychiatrische Fachgesellschaften, Angehörigenvereinigungen und Selbsthilfeorganisationen Krankheitserfahrener, das Bild der Öffentlichkeit von den psychisch Kranken und der Psychiatrie positiv zu beeinflussen – zum Teil in groß angelegten Kampagnen. Dies geschieht unter dem Oberbegriff der Entstigmatisierung. Entstigmatisierung ist ein Kunstwort. Es kommt in keinem Wörterbuch vor. Wie »Enthospitalisierung« signalisiert es Hoffnung und Zwiespältigkeit zugleich.

Wenn wir prüfen wollen, ob der Versuch, die psychisch Kranken zu »entstigmatisieren« Erfolg versprechend ist, müssen wir uns zunächst mit dem wenig geläufigen soziologischen Begriff des Stigma beschäftigen. Dabei werden wir feststellen, dass es neben der Entstigmatisierung einen weiteren Begriff gibt, der konstruktive Auseinandersetzung mit der Stigmatisierung verspricht: das Stigma-Management – bzw. die Stigmabewältigung. Sie ist in ihrem Anspruch bescheidener. Sie konzentriert sich darauf, die Stigmatisierten zu befähigen, ihr persönliches Stigma zu bewältigen und ihre beschädigte Identität (Goffman 1963) zu heilen.

Stigma im Wörterbuch

Alle reden von Entstigmatisierung. Was aber ist Stigma? Wenn wir entstigmatisieren wollen, müssen wir das wissen. Das Wort ist unvertraut. Im Peters'schen Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie (5. Aufl.

1999) kommt es nicht vor. Seine Bedeutung für uns bleibt auch nach dem Blick in ein gängiges Lexikon im Dunklen. Im dtv-Lexikon (1992) beispielsweise heißt es:

»Stigma: [für grch.], *MZ Stigmata, Stigmen*

1. Am Griffelende sitzende Narbe der Blüten.
2. Christl. Theologie: Nach Gal 6, 17, die von Paulus »an seinem Leib getragenen Malzeichen Jesu«, wo die Narben, der ihm von den Feinden Jesu zugefügten Wunden (s. Stigmatisation).
3. Atemöffnung der Insekten und Tausendfüßler; auch der Augenfleck bei Algen und Fagellaten.«

Auch der Verweis auf die »Stigmatisation« hilft uns nicht wesentlich weiter. Dort ist zum einen die »vegetative Stigmatisation« genannt, eine »besonders lebhaftere Reaktionsbereitschaft des vegetativen Nervensystems aufgrund einer anlagebedingten Schwäche«. Zum anderen geht es – in aller Ausführlichkeit – um die nach christlicher Tradition und Glauben »nicht durch äußere Einwirkung verursachte Ausprägung von Wundmalen Jesu bei einem Menschen...«.

Als hilfreicher erweist sich das Etymologische Wörterbuch des Deutschen (1995). Dort heißt es unter dem Stichwort »Stigma. »Merkmal, (entehrendes) Kennzeichen, Wundmal«. Lat. *stigma*. Hervorgegangen aus Griechisch *stigma*. »Stich, Brandmal, Malzeichen, Kennzeichen«. Zu Griech. *stizein* »Stechen, Punkten, Tätowieren, Brandmarken« (verwandt mit Stechen und Stich). Wird Anfang des 17. Jahrhunderts in seinen Bedeutungen »den Sklaven und Verbrechern zur Beschimpfung eingebranntes Zeichen, Brandmal« und (mittellateinisch) »eines der fünf Wundmale Christi« ins Deutsche übernommen. Seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begegnet, übertragener Gebrauch »Kennzeichen, Merkmal, Schandmal«, in der Medizin »Krankheitsanzeichen...«. Erst das Fremdwörterbuch des Duden (1990) führt uns zu der Wortbedeutung, die wir im Sinn haben, wenn wir von Stigma und Stigmatisierung sprechen:

»»Auffälliges Krankheitszeichen« (Med.). Jemanden brandmarken, anprangern, jemandem bestimmte, von der Gesellschaft als negativ bewertete Merkmale zu ordnen, jemanden in diskriminierender Weise kennzeichnen (Soziol.).«

In der Tat meinen wir, wenn wir den Begriff des Stigma verwenden, seine soziologische Bedeutung.

Goffman und das Stigma

Der amerikanische Soziologe Erving Goffman hat dem Problem der Stigmatisierung eines seiner frühen – jetzt klassischen – Bücher gewidmet: »Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität« (1963, Dt. 1967). Die Griechen, so Goffman, »schufen den Begriff des Stigma als Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Die Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, dass der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder Verräter war – eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte, vor allem auf öffentlichen Plätzen« (Goffman 1963, 9).

Heute werde der Begriff »weitgehend in einer Annäherung an seinen ursprünglichen wörtlichen Sinn« gebraucht, aber eher im Hinblick auf die Entehrung bzw. die Unehrenhaftigkeit selbst als auf deren körperlichen Ausdruck. Die Wissenschaft habe sich bislang jedoch kaum darum bemüht, die strukturellen Vorbedingungen von Stigma zu beschreiben oder auch nur eine Definition des Begriffs zu liefern. Goffmans Anliegen ist es, »einige sehr allgemeine Annahmen und Definitionen zu skizzieren« (9).

Ich werde mich im Folgenden eng an Goffmans Überlegungen anschließen. Denn alles – fast alles – was in der neueren Soziologie und Psychiatrie über Stigma geredet und geschrieben wird, geht, wenn es fundiert ist, auf ihn zurück, selbst dann, wenn er nicht als Quelle genannt wird.

Mit dem Konzept des Stigma, der Beschädigung der sozialen Identität, zeigt er, dass es für viele Menschen, die sich sozial abweichend verhalten oder zu einem abweichenden Dasein verurteilt sind, um viel mehr geht als um das Einhalten oder Verletzen von Regeln und Normen. Für sie geht es um die Frage der sozialen und personalen Identität und darum, wie diese in das konkrete soziale Umfeld eingebracht werden kann – um das »eigene Leben« in der komplexen Lebenswelt

einer größeren sozialen Gemeinschaft.

Wir haben, wo immer wir leben, bestimmte Vorstellungen davon, wie Menschen sich verhalten, wie sie leben, wie sie sein sollten, ob uns das nun bewusst ist oder nicht:

»Wenn ein Fremder uns begegnet, dürfte der erste Anblick uns befähigen, seine Kategorie und seine Eigenschaften, seine ›soziale Identität‹ zu antizipieren... Weil persönliche Charaktereigenschaften wie z.B. ›Ehrenhaftigkeit‹ ebenso einbezogen sind wie strukturelle Merkmale von der Art, des › Berufs‹. Wir stützen uns auf die Antizipationen, die wir haben, indem wir sie in normative Erwartungen umwandeln, in rechtmäßig gestellte Anforderungen.« (Goffman 1963, 10)

Goffman bezeichnet diese Erwartungen als Zuschreibung einer »virtuellen sozialen Identität«. Demgegenüber enthält die »aktuelle soziale Identität« jene Eigenschaften und Merkmale, über die ein Mensch tatsächlich verfügt. Anspruch und Wirklichkeit unterscheiden sich voneinander. Das ist sozialer wie soziologischer Alltag. Aber es gibt Unterschiede, die ohne Schwierigkeiten akzeptiert und integriert werden können und solche, bei denen das unmöglich ist:

»Im Extrem handelt es sich um eine Person, die durch und durch schlecht ist oder gefährlich oder schwach. In unserer Vorstellung wird sie von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert. Ein solches Attribut ist ein Stigma, besonders dann, wenn seine diskreditierende Wirkung sehr extensiv ist; ... Es konstituiert eine besondere Diskrepanz zwischen virtualer und aktueller sozialer Identität.« (10, 11)

Unvereinbarkeit und Relativität von Eigenschaften

Goffman fügt hinzu, dass nicht alle unerwünschten Eigenschaften stigmatisiert werden, sondern nur diejenigen, die mit unserem Bild von dem, was ein Individuum sein sollte, unvereinbar sind.

»Der Terminus Stigma wird also in Bezug auf eine Eigenschaft gebraucht werden, die zutiefst diskreditierend ist. Aber es sollte gesehen werden, dass es einer Begriffssprache von Relationen, nicht von Eigenschaften bedarf. Ein und dieselbe

Eigenschaft vermag den einen Typus zu stigmatisieren, während sie die Normalität des anderen bestätigt, und ist daher als ein Ding an sich weder kreditierend noch diskreditierend.« (11)

Goffman bringt in diesem Zusammenhang das Beispiel der Hochschulbildung: In einigen Berufen sei es in Amerika ein Makel, über keine zu verfügen; es sei besser, diesen Mangel zu verheimlichen. In anderen Berufen jedoch sei es besser, eine Hochschulausbildung zu verheimlichen, um nicht als Versager oder Außenseiter zu gelten.

Goffman unterscheidet drei »krass verschiedene Typen« von Stigma: Die »Abscheulichkeiten des Körpers«, »individuelle Charakterfehler, wahrgenommen als Willensschwäche«, die aus einem bekannten Katalog von Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuchen und radikalem politischem Verhalten hergeleitet werden. Schließlich gebe es die »phylogenetischen Stigmata von Rasse und Religion, die von Geschlecht zu Geschlecht« weitergegeben würden und alle Mitglieder einer Familie kontaminierten (Goffman 1963, 13).

Alle diese Beispiele haben die gleichen soziologischen Merkmale. Die Betroffenen, die wir sonst ohne Schwierigkeiten in unsere Gemeinschaft aufgenommen hätten, haben eine Eigenschaft, die wir unter keinen Bedingungen hinnehmen können, die uns veranlasst, alle ihre sonstigen Eigenschaften, die wir an ihnen schätzen, als nichtig zu betrachten: Sie haben ein Stigma. Sie sind »in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten«. Im Grunde seien wir davon überzeugt, dass Personen mit einem Stigma »nicht ganz menschlich« seien. Deshalb diskriminierten wir sie und reduzierten ihre Lebenschancen »wirksam, wenn auch oft gedankenlos«.

»Wir konstruieren eine Stigma-Theorie, eine Ideologie, die ihre Inferiorität erklären und die Gefährdung durch den Stigmatisierten nachweisen soll; ... In unserer täglichen Unterhaltung gebrauchen wir spezifische Stigmatermini wie Krüppel, Bastard, Schwachsinniger, Zigeuner als eine Quelle der Metapher und der Bildersprache, bezeichnenderweise ohne an die ursprüngliche Bedeutung zu bedenken. Wir tendieren dazu, eine lange Kette von Unvollkommenheiten auf der

Basis der ursprünglichen einen zu unterstellen...« (14)

Traditionen der Stigmatisierung

Die Ausschließung der Stigmatisierten ist beileibe kein Privileg der modernen Gesellschaft. Sie reicht weit in die Geschichte zurück und ist, wie Müller (1996) in seinem Buch »Der Krüppel« in aller Ausführlichkeit darlegt, in der gesamten Menschheit weit verbreitet. »Schon dem gottesfürchtigen König David (ca. 1004-965 v. Chr.) »waren die Blinden und Lahmen in der Seele verhasst« (Müller 1996, Buch Samuel 5: 8).

Die »Krüppelscheu« der Antike, auch der antiken Medizin, ist bekannt (Finzen 1969). Platon verfielt in seinem Alterswerk, den Gesetzen, eine klare Haltung: Nicht nur unverbesserliche Bettler sollen vertrieben werden, Verbrecher Tod oder Verbannung erfahren. Auch »Krankheitsträger«, die nicht mehr heilbar erscheinen, müssen ausgetilgt werden. »Lebensfähig sind nur gesunde (das heißt nach traditionellem Verständnis »reine«) Allgemeinwesen« (Müller 1996).

Während des ganzen Mittelalters werden Verbrecher gebrandmarkt, Aussätzige mit Siechenmänteln, Schellen und Klappern versehen, Geistesgestörte (Besessene) mit einer Kreuz-Tonsur geschoren, haben Dirnen in unirdischen Farben zu gehen und Juden gelbe Flicker auf ihren Gewändern zu tragen. »Die Angst, dem Bösen nahe zu kommen, und von seiner Berührung tödlich gebrannt zu werden, saß tief« (Müller 1996).

Die Reformation ändert daran nichts:

»Das Kirchenvolk ließ sich nicht beirren, zumal ihm in dem großen Reformator Martin Luther alsbald ein mutiger Fürsprecher entstand. Missgestaltete Kinder, entschied er, sollten am besten gleich nach der Geburt getötet werden; sie hätten ohnehin eine begrenzte Lebenserwartung und würden bis dahin nur unnütz »fressen und saufen«; Luther persönlich scheint dem Ertränken der Vorzug gegeben zu werden (Müller 1996, ff.).

Es muss nicht daran erinnert werden, wie weit wir es im 20. Jahrhundert gebracht haben. Bemerkenswert allerdings ist, wie wenig wir daraus gelernt haben. Völkermord und ethnische Säuberung haben das letzte wie das erste Jahrzehnt dieses Jahrhunderts geprägt. Im ganz normalen Alltag werden Rollstuhlfahrer angepöbelt, Andersfarbige drangsaliert, geistig Behinderte verhöhnt und psychisch Kranke diskriminiert. Das beginnt im Kindergarten, setzt sich fort in der Schule, in der Kneipe, im Verein, im Fußballstadion, in politischen Parteien.

Wurzeln und Prozess der Stigmatisierung

Alles das ist Stigmafolge; und es ist eine gefährliche Illusion zu glauben, Stigmatisierung als soziales Phänomen könnte aufgehoben werden. Wenn das Stigma allgegenwärtig ist, in einfachen Gesellschaften genau so verbreitet ist wie in komplexen, in historischen wie in der Gegenwart, dann müssen wir uns fragen, ob die Stigmatisierung bestimmter Individuen mit bestimmten körperlichen, psychischen oder sozialen Merkmalen nicht gesellschaftliche Notwendigkeit ist. Wir müssen uns fragen, ob die Kennzeichnung und Ausgrenzung »Andersartiger« nicht eine der Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der aktuellen sozialen Identität der »Normalen« ist.

Es spricht viel dafür, dass das so ist. Argumente dafür finden wir beispielsweise in einem Aufsatz des amerikanischen Ethnomethodologen Harold G. Garfinkel (1956) über die »Voraussetzungen erfolgreicher Entwürdigungszeremonien«. Zur Aufrechterhaltung und zur Förderung der eigenen Identität ist es danach notwendig, sich mit Mitgliedern der eigenen Gemeinschaft zu identifizieren, sich von anderen abzugrenzen, diese anderen, insbesondere wenn sie als andersartig erlebt werden, im Zweifel auszugrenzen, auf jeden Fall aber die eigene Identität als die bessere, als die überlegene zu verstehen. Dies wird durch soziale Mechanismen gefördert, die Garfinkel als »Degradation Ceremonies« bezeichnet. Solche sozialen Rituale seien notwendig, um den gesellschaftlichen Zusammenhang zu sichern. Es sei ein unabdingbares Merkmal sozialer Organisationen, bei ihren Mitgliedern Schamgefühle erzeugen zu können. Die Möglichkeit zum Entzug der Identität gehöre zu den Sanktionsmechanismen aller sozialer Gruppierungen. Sie sei ein soziologisches Axiom, das nur in »vollständig demoralisierten Gesellschaften« fehle (Garfinkel

1956).

Es ist hier nicht der Ort zu klären, warum das so ist. Um den sozialen Zusammenhalt zu sichern, scheint es aber bis zu einem gewissen Grad unabdingbar zu sein, erwünschtes Verhalten zu fördern und zu belohnen und unerwünschtes Verhalten zu kennzeichnen, zu brandmarken und schlimmstenfalls zu ächten. Unerwünschtes soziales Verhalten ist in der mildesten Form schlicht »soziale Abweichung«, in ausgeprägterer Form kriminell oder psychisch (bzw. geistig) gestört, im schlimmsten Fall als »Tabu-Bruch«, Verrat oder Gewalt existenzgefährdender Angriff auf die Gesellschaft selbst.

Ob nun aber das abweichende Verhalten eines Menschen als harmlos oder gemeingefährlich klassifiziert wird, ist weitgehend eine Frage der Interpretation. Degradierungsrituale bzw. Entwürdigungszeremonien dienen dazu, diesen interpretativen Prozess zu fördern. Und es hängt vom sozialen Spielraum ab, der Flexibilität und der Toleranzfähigkeit einer Gesellschaft ab, ob jemand als Außenseiter geduldet oder als Hexe verbrannt wird, ob jemand als psychisch Kranker therapiert oder wie im Dritten Reich ermordet – oder wie in historischen Gesellschaften nicht unüblich – einfach ausgesetzt wird.

In jedem Fall bleibt das Stigma.

Der Prozess der Stigmatisierung

Je nach Art des Stigmas verlaufen Prozess und Erleben der Stigmatisierung unterschiedlich. Aber alle Stigmatisierten machen eine ähnliche Erfahrung. Sie müssen zur Kenntnis nehmen, dass sie anders sind als andere Menschen, als die »normalen«. Sie müssen lernen, damit umzugehen. Die Stigmatisierung und ihr Umgang damit wird zum Teil ihrer Biografie. Er trägt zu ihrer Identitätsbildung bei und führt, wie Goffman schreibt, zur einer »beschädigten Identität«. Den Weg dahin beschreibt er als »Karriere«. Damit nimmt er einen Begriff wieder auf, den er in den »Asylen« (1961) für die Entwicklung des langzeitigen Anstaltspatienten geprägt hat. Die übliche Übersetzung dieses Begriffes »Moral Carrier« mit »moralischer Werdegang« ist ungenau. Der Begriff der Karriere, einer Entwicklung, auf die der

Betroffene Einfluss hat, ist nicht nur angemessener. Er ist seit den Siebzigerjahren in der Medizinsoziologie üblich geworden (z.B. Uta Gerhardt 1986).

Menschen mit einem Stigma machen ähnliche Lernerfahrungen »hinsichtlich ihrer Misere« und haben »ähnliche Veränderungen in der Selbstauffassung – einen ähnlichen »moralischen Werdegang«, ... der beides ist, Ursache und Wirkung der Gebundenheit an eine ähnliche Sequenz persönlicher Anpassungen« (Goffman 1963, 45). Allerdings unterscheidet sich diese Entwicklung, je nachdem ob jemand mit einem angeborenem Stigma auf die Welt kommt, ob jemand im Laufe seines Lebens an einem stigmatisierenden Leiden erkrankt (oder stigmatisiertes abweichendes Verhalten entwickelt) oder ob er in eine Gemeinschaft von Stigmatisierten hineingeboren wird, sei es aus religiösen, nationalen oder »rassischen« Gründen.

Stigmatypen

Das angeborene Stigma

Zahlreiche Stigmen sind angeboren: Hasenscharte und Wolfsrachen (Uhlemann 1990), Taubheit und Blindheit, Cerebralparese (spastische Lähmung) und geistige Behinderung – oder Rothaarigkeit. Die Betroffenen müssen – und können – von früher Kindheit an lernen, mit der Behinderung und mit der Reaktion der Umwelt zu leben. Allerdings nehmen sie das Stigma ihrer Behinderung oft erst allmählich im Umgang mit den »normalen« Kindern und Erwachsenen wahr, nicht ganz selten aber auch abrupt, etwa bei Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule. Bis dahin gelingt es in einer beschützenden Umgebung, dass das »Kind sich als vollkommen qualifiziertes, gewöhnliches menschliches Wesen von normaler Identität« sieht (46).

Der Stigmatisierte wird gemieden; er findet keine Freunde, und wenn er welche findet, mögen die sich häufig nicht mit ihm in der Öffentlichkeit zeigen. Er wird zurückgewiesen, verspottet. Er findet keine Beschäftigung, auch die nicht, die er ebenso gut wie andere ausüben könnte. Ihm wird vermittelt, er sei unnütz und überflüssig. Er kommt sich wie ein Ausgeschlossener vor und ist es auch.

Stigma durch Krankheit

Wenn das Stigma erst später im Leben auftritt, hat das »Individuum über den Normalen und den Stigmatisierten gründlich gelernt, bevor er sich als unzulänglich sehen musste. Voraussichtlich wird sein besonderes Problem seine Neuidentifizierung sein und mit besonderer Wahrscheinlichkeit wird es eine Missbilligung seiner selbst entwickeln« (48).

Goffman führt das Beispiel eines Kranken mit künstlichem Darmausgang an:

»Wenn ich vor der Darmoperation einen Geruch im Bus oder in der Untergrundbahn roch, fühlte ich mich gewöhnlich sehr belästigt. Ich dachte immer, dass die Leute widerlich wären, dass sie nicht baden... Ich dachte immer, dass der Gestank von dem, was sie aßen käme. Ich war immer schrecklich belästigt... So glaube ich natürlich, dass die jungen Leute genau so über mich denken, wenn ich stinke.« (49)

Es gibt viele Beispiele von körperlichen Erkrankungen, die die Betroffenen entstellen: Die Deformation des Kopfes, der Verlust von Augen oder Nase, primäre Erkrankungen der Haut und Verbrennungen, in frühen Jahrzehnten am häufigsten die Hasenscharte und der Wolfsrachen. Aber auch psychische Krankheiten gehören in diese Gruppe, selbst dann, wenn die durch sie bedingten Behinderungen nicht für alle sichtbar sind. Sie sind mit einer besonderen Situation konfrontiert:

Sie selbst sind mit den Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken aufgewachsen, die unter den »Normalen« vorherrschen. Entsprechend entwickeln sie – und ihre Angehörigen – zwangsläufig eine Missbilligung ihrer selbst. Sie tun das umso mehr, je ausgeprägter die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber ihrer Krankheit sind, je stärker sie im alltäglichen Leben zurückgewiesen, geächtet, ausgeschlossen oder verhöhnt werden. Auf diese Weise wird das Stigma zur zweiten Krankheit, die ebenso belastend sein kann wie die erste und die zum Genesungshindernis ersten Ranges werden kann.

In den letzten Jahren wird in diesem Zusammenhang zunehmend auch von prominenter Seite von Selbststigmatisierung die Rede (z.B. Corrigan und Watson 2002, Angermeyer 2004, Ruesch u.a. 2005, 2009). Obwohl ich an einem dieser

Beiträge mitgewirkt habe, halte ich dieses Konzept für verfehlt. Es verdeckt und verfälscht den soziologischen Hintergrund. Wie oben dargestellt, wachsen wir alle mit Vorurteilen und Vorbehalten gegenüber psychisch Kranken auf. Wenn wir dann selber erkranken, geraten wir in ein Dilemma. Wir finden uns als Opfer unserer eigenen Vorurteile wieder. Deshalb haben wir Schwierigkeiten, uns dagegen zu wehren, uns davon zu befreien – auch wenn wir allmählich begreifen, dass sie nicht gerechtfertigt sind. Deshalb habe ich das damit verbundene Stigma als zweite Krankheit bezeichnet, die es zu überwinden gilt. In diesem Zusammenhang davon zu reden, man stigmatisiere sich selber, geht am Problem vorbei.

Das Stigma der Minderheitenzugehörigkeit

Das Stigma der Zugehörigkeit zu einer Minderheit sei hier nur am Rande angesprochen. Es hat viele Ähnlichkeiten mit den anderen Stigmen-Typen. Aber es gibt einen entscheidenden Unterschied. Die Angehörigen der stigmatisierten Minderheit sind körperlich und psychisch »normal«. Sie haben bessere Voraussetzungen zur Stigma-Bewältigung, weil sie gesund sind und weil sie in der Gemeinschaft von gleichermaßen Stigmatisierten leben. Dass dies unter Extrembedingungen nichts nützt, hat das Schicksal der Juden, der Sinti und Roma, der Homosexuellen und der vielen anderen Unterdrückten und Gequälten im Dritten Reich bewiesen.

Eine mögliche Parallele zur zweiten Gruppe der Stigmatisierten sei erwähnt. Sie ist gegeben, wenn das Stigma wie bei zahlreichen Kranken erst später im Leben eintritt: Etwa bei der Emigration oder der Flucht in ein fremdes Land, in eine andere Kultur.

Psychisch Kranke: diskreditiert und diskreditierbar

Bei vielen körperlich Behinderten, bei Menschen mit Entstellungen, bei Blinden oder Taubstummen wird das Stigma deutlich, sobald wir mit ihnen Kontakt aufnehmen. Sie sind für jedermann sichtbar gezeichnet und gegebenenfalls diskreditiert. Es gibt aber Stigmaträger, deren »Andersartigkeit« nicht auf den ersten

Blick erkennbar ist. Diese Menschen sind nicht diskreditiert, sondern diskreditierbar. Psychisch Kranke sind beides: diskreditiert und diskreditierbar. Ein innerer Kreis von Menschen, mehr oder weniger groß, weiß, dass sie krank sind. Andere sehen es ihnen an, z.B. aufgrund von extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen ihrer Medikamente. Die meisten aber wissen es nicht.

Diejenigen, die von ihrer Krankheit wissen, aktualisieren das Bild von psychisch Gestörten, das sie im Laufe ihrer eigenen Sozialisation verinnerlicht haben, in der Begegnung mit ihnen. Da sind mehr oder weniger ausgeprägte Vorurteile, Angst vor ihrer angeblichen Unberechenbarkeit, ihrer Gefährlichkeit. Auf jeden Fall aber sind sie auf der Hut. Die Selbstverständlichkeit des sozialen Umgang mit den »Normalen« ist aufgehoben. Das Grundvertrauen in die Verlässlichkeit der sozialen Erwartungen, das man üblicherweise im Umgang mit andern Menschen hat, ist erschüttert. Die soziale Distanz, die die Gesunden anderen zu psychisch Kranken wahren, ist größer als der Abstand zu Menschen, bei denen psychische Störungen nicht bekannt sind. Untersuchungen von Angermeyer und Siara (1994) machen dies deutlich.

Der Durchschnittsbürger ist bereit, psychisch Kranke als Nachbarn oder Arbeitskollegen zu akzeptieren. Schwieriger wird es, wenn es um größere Nähe geht, sei es als Untermieter, als Familienmitglied durch Heirat oder – verständlicherweise – bei der Beaufsichtigung kleiner Kinder (Angermeyer und Siara 1992). In der gleichen Untersuchung wird dargelegt, wie die soziale Distanz wächst, wenn Dinge geschehen, die geeignet sind, die Vorbehalte gegenüber psychisch Kranken zu verstärken. In Angermeyers Studie waren dies die Attentate auf die Politiker Lafontaine und Schäuble im Jahre 1990 und die breite Medienberichterstattung darüber. Hoffmann-Richter u.a. (1998) haben in mehreren Untersuchungen gezeigt, dass die Berichterstattung über Schizophreniekranken in Zeitungen und Zeitschriften unabhängig von außergewöhnlichen Ereignissen auch im Alltag einen negativen Tenor hat. So wird über Schizophrenie im Lokalteil von Zeitungen fast ausschließlich im Zusammenhang mit Gewalttaten berichtet, während Informationen über die Krankheit selbst ausgesprochen selten sind.

Das Bewusstsein von Vorbehalten und Vorurteilen führt dazu, dass viele psychisch Kranke und ihre Angehörigen versuchen, ihr Leiden zu verbergen. Dies ist möglich, wenn die Krankheit ganz oder weitgehend überwunden ist. Aber es hat

Konsequenzen. Denn das Verbergen eines Teils der eigenen Identität ist belastend. Goffman beschreibt das wie folgt:

»Das entscheidende Problem ist es nicht, mit der Spannung, die während sozialer Kontakte erzeugt wird, fertig zu werden, sondern eher dies, die Information über ihren Fehler zu steuern. Eröffnen oder Nicht-Eröffnen; Sagen oder Nicht-Sagen; Rauslassen oder Nicht-Rauslassen; Lügen oder Nicht-Lügen; und in jedem Fall, wem, wie, wann und wo.« (56) Mit anderen Worten: Psychisch Kranke, die ihre Störung verbergen, leben unter dauernder Anspannung und in der Sorge, entdeckt – diskreditiert – zu werden. Aber nicht nur das: Während die »Normalen« gegenüber bekannt psychisch Kranken, Vorurteile hin oder her, ein gewisses Maß an Takt bewahren, erleben sie es als »verdeckte« Kranke immer wieder, dass Vorbehalte und Vorurteile im informellen Gespräch in aller Brutalität geäußert werden. Auf diese Weise werden sie in einer Heftigkeit mit solchen Vorurteilen konfrontiert, die sie in der Regel nicht aushalten müssten, wenn sie ihr Leiden offenbarten.

Dazu kommt, dass sie nicht mit Rücksichten rechnen können, die bekannt psychisch Kranken unter Umständen gewährt werden, wenn Restsymptome bestehen: Verminderung des Antriebes, Depressivität, allgemeine Verletzlichkeit. Mit anderen Worten: Das Verbergen der Krankheit mag einige Probleme lösen, andere verschärft es. Wenn ein psychisch Kranker sich nicht offenbart, ist es nicht so, »dass er Vorurteilen gegen sich begegnen muss, sondern eher so, dass er unwissentlicher Akzeptierung seiner selbst durch Individuen begegnen muss, die voreingenommen sind gegen Personen von der Art, als deren Angehöriger er enthüllt werden kann. Wohin er auch immer geht, wird sein Verhalten die anderen fälschlich darin bestätigen, dass sie in Gesellschaft dessen sind, was sie im Effekt fordern, aber entdecken könnten, nicht vor sich zu haben, nämlich eine geistig makellose Person wie sie selbst. Absichtlich oder im Effekt verbirgt der ehemalige psychisch Kranke die Information über seine wirkliche soziale Identität, und er erhält und akzeptiert eine Behandlung, die auf falschen Voraussetzungen hinsichtlich seiner selbst beruht« (Goffman 1963, 57).

Tatsächlich brauchen psychisch Kranke und ehemals psychisch Kranke den Austausch mit anderen Menschen über ihr Leiden, ihre Behandlung und ihre damit

verbundenen Probleme. Das soziale Leben in einer Welt der Täuschung kann außerordentlich belastend werden und einen Rückfall begünstigen. Trotzdem scheint es zu den schwierigsten sozialen Herausforderungen für rekonvaleszente psychisch Kranke zu gehören, über den engsten Familienkreis hinaus Menschen zu finden, denen sie ohne Furcht vor Missbrauch und Zurückweisung vertrauen können. Bei einer Fehleinschätzung kann gerade das die Folge sein, was sie vermeiden wollten: Diskreditierung dadurch, dass sie ihr Stigma sichtbar gemacht haben und Verrat durch Weiterverbreitung ihres Geheimnisses.

Stigmatisierung, Ausgrenzung und sozialer Zusammenhalt

Es gibt einige soziale Axiome, die nicht angetastet werden können, ohne den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu gefährden. Eines dieser Axiome ist die Zugehörigkeit – Zugehörigkeit zur Familie, zum Betrieb, zur Gemeinde, zum Land, zur globalisierten Welt, Zugehörigkeit aber auch zu Untergruppen: Zum Sportverein, zur Selbsthilfegruppe, zu einer Religionsgemeinschaft, zur deutsch-türkischen – oder deutsch-kurdischen Vereinigung. Für jede dieser Gruppen gelten Regeln – soziologische Normen und Erwartungen. In jeder dieser Gruppen haben die Mitglieder ihre Position, ihren individuellen Status.

Wie immer eine gesellschaftliche Gruppierung sich organisiert, eines ihrer wichtigsten Elemente sind ihre Grenzen. Innerhalb dieser gelten bestimmte Normen und Werte, die nicht ohne Strafe verletzt werden. Sie regeln die Qualifikation für die Mitgliedschaft. Man kann hineingeboren werden oder die Mitgliedschaft erwerben. Alle Menschen sind Mitglieder mehrerer solcher Gruppen. Das gilt im Zeichen wachsender sozialer Komplexität der modernen Gesellschaft viel mehr als in traditionellen Gesellschaften der Vergangenheit.

Aber auch in multikulturellen Gesellschaften sind gleichzeitige Mitgliedschaften in bestimmten Gruppierungen ausgeschlossen. Die genannten deutsch-türkischen und deutsch-kurdischen Gesellschaften mögen ein Beispiel dafür sein. Die Grenzen können leicht überwindbar sein wie in Freizeitvereinigungen oder den unteren Ebenen von Wirtschaftsbetrieben. Sie können aber auch unüberwindbar sein wie in der Mafia, wo die Orientierung über die Grenzen hinaus allzu leicht als Verrat interpretiert und mit dem Tode bestraft wird.

Wie immer eine solche gesellschaftliche Gruppierung aussieht, ihre Mitglieder müssen im Stande sein, die Regeln und Normen und Werte zu erkennen und einzuhalten. Es ist eine Grundvoraussetzung menschlichen Zusammenlebens, dass die Mitglieder einer Gruppe sich auf die Berechenbarkeit des Verhalten der übrigen Mitglieder verlassen können. Deswegen wird abweichendes Verhalten mit Sanktionen belegt, gleichgültig ob es beabsichtigt oder unabsichtlich ist. Deswegen wird die Verletzung zentraler Regeln und Werte mit dem Ausschluss bestraft. Dann greifen im Extremfall jene Degradierungszeremonien, die Garfinkel (1956) vor allem als soziale Grenzsicherungsmaßnahmen gegen existenzielle Bedrohungen des sozialen Zusammenhalts begreift.

Stigmatisierung hat sehr viel mit Sicherung und Sichtbarmachung von Grenzen zu tun. Stigmaträger gehören sichtbar nicht dazu. Sie sind gezeichnet, geschlagen, gebrandmarkt. Ihre Zeichen offenbaren, wie Goffman zum Ursprung des Stigma schreibt »etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers«. Die islamische Scharia mit ihren Körperstrafen hat diese antike Tradition gleichsam in die Moderne gerettet. Die Nazis haben die Juden gebrandmarkt, indem sie sie gezwungen haben, einen gelben Stern zu tragen.

Auch die gegenwärtige Gesellschaft kennt ihre rigorosen Abgrenzungen von denen, die nicht dazu gehören. Es sind nicht mehr die Aussätzigen, die ausgesetzt werden, sondern die Wohnungslosen. Es sind die Angehörigen von »Randgruppen«, die mehr oder weniger ausgeschlossen sind: Bestimmte Ausländer, »Asylanten«, Mitglieder von »Sekten« und bestimmten radikalen Religionsgemeinschaften, Menschen mit anderer als heterosexueller Orientierung, radikal Andersdenkende, Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen, mit entstellter körperlicher Erscheinung – und eben psychisch Kranke.

Das Ausmaß und die Rigorosität des Ausschlusses und der Ausgrenzung unterscheidet sich. Aber es ist keine Gesellschaft vorstellbar, die auf solche Ausgrenzungen verzichtet. Gewiss, die Einstellung zur Homosexualität hat sich gewandelt. Aber in einer Ausgabe der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (Nr. 202, S. 7, 1999) finden sich gleich zwei Beiträge über Homosexuelle als Offiziere und als Priester, die deutlich machen, dass die Stigmatisierung fort dauert. Und mit dem Abbau von Vorurteilen und Vorbehalten gegenüber einer Gruppierung werden in

unserer schnelllebigen Zeit neue gegenüber anderen Gruppierungen aufgebaut.

Unterschwellig vorhanden sind sie offenbar immer und überall gegenüber Krüppeln, Schwachsinnigen, »Zigeunern«, Juden und Geistesgestörten. Vorurteile und Ressentiments gegenüber diesen Menschen scheinen beim westlichen Menschen tief verwurzelt zu sein; und das verlangt unsere Wachsamkeit. Auch wenn die Tatsache soziologisch unangefochten sein mag, dass Grenzen für das Überleben von sozialen Gebilden unabdingbar sind, ist die Ausschließung und Instrumentalisierung bestimmter Mitmenschen zur »Grenzmarkierung« eine gefährliche Angelegenheit.

Soziale Repräsentationen und Vorurteile

Wir sollten uns allerdings nicht der Illusion hingeben, dass wir dies grundsätzlich ändern können. Wir können versuchen, besonders gefährlichen und irrationalen Vorurteilen durch gezielte Aufklärung und Sympathiewerbung zu mildern, im Einzelfall vielleicht sogar zu überwinden. In der Vergangenheit hat sich am Beispiel der psychisch Kranken (Cumming & Cumming 1955), aber auch am Beispiel der jüdischen Bevölkerung, immer wieder gezeigt, dass durch solche wohl gemeinten Kampagnen auch Ressentiments geweckt werden können. Es sind letzten Endes Ängste, oft irrationale Ängste, die die Stigmatisierung aufrechterhalten, und Irrationalität ist durch Aufklärung und Wissensvermehrung nicht aufzuheben.

Die Begegnung mit einem körperlich Entstellten wird leicht zur Bedrohung der eigenen körperlichen Identität, die Begegnung von schwerer körperlicher Krankheit gezeichneten Menschen konfrontiert mit der gelegentlich mühsam kompensierten Angst vor eigener Krankheit und Tod. Die Begegnung mit geistig Behinderten und psychisch Kranken schließlich rührt von der verbreiteten Angst, »den Verstand zu verlieren«. Solche Ängste schlagen sich in »sozialen Repräsentationen« (Moscovici 1984, Flick 1995) nieder, in inneren Bildern, die in einer Mischung von Wissen und Gefühlen im Laufe des Lebens erworben werden und sich, wenn überhaupt, nur ganz allmählich ändern.

Soziale Repräsentationen sind nicht schlichtes Alltagswissen. Sie sind Wissen verknüpft mit ideologischen, zum Teil mythischen und emotionalen Vorstellungen, im

Fälle von Krankheiten vor allem mit Angst. Heutzutage treten New-Age-Konzepte hinzu. Überzeugungsarbeit in diesem Sinne muss deshalb auch Beziehungsarbeit sein. Nur wenn persönliche Überzeugungskraft vorhanden ist, kann Vertrauen aufgebaut werden, können die sozialen Repräsentationen der Kranken dynamisiert und auf diese Weise verändert werden, kann – am Ende, nicht am Anfang – ihr Wissen neu konstituiert werden. Dass dies auch bei schweren psychischen Störungen keineswegs aussichtslos ist, zeigt eine Untersuchung von Angermeyer und Held (1993), nach der sich die Vorstellungen der Kranken im Lauf der Behandlung jenen der Fachwissenschaftler annähern – in ähnlicher Weise übrigens wie die Vorstellungen von Medizinstudenten im Lauf ihres klinischen Studiums (Angermeyer u.a. 1994). Der direktere, kürzere und für die Kranken und ihre Angehörigen kurzfristig Erfolg versprechende Weg ist der der Stigmabewältigung – des Stigma-Managements –, für die dieser Text einige Grundlagen vermitteln will.

Bemerkungen

Die Literatur über Vorurteile, Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch Kranker ist seit den „Closed Ranks“ der Cummings schier unüberschaubar geworden. Dieser Text sollte aber keine Literaturübersicht sein. Mein Anliegen war es vielmehr, einige Stationen der Auseinandersetzung der Soziologie mit dem Dilemma der psychisch kranken Menschen darzustellen, für die die soziale Abwertung gleichsam zur zweiten Krankheit wird. Ich habe den Eindruck, dass die Fortschritte der Stigmabekämpfung auf gesellschaftlicher Ebene nicht sonderlich gross sind.

Die frühen Studien liefern für mich Hinweise, warum das so ist: Es handelt sich um tief verwurzelte soziale Repräsentationen von Formen des abweichenden Verhaltens, die negativ sanktioniert werden müssen, um den sozialen Zusammenhalt der jeweiligen Gemeinschaft der Gesunden zu gewährleisten, für die es von existentieller Bedeutung ist, dass sie sich auf das „Normal-Miteinander-Umgehen“ in der Kommunikation mit anderen Menschen verlassen können. So kann es kaum überraschen, dass Parsons die Stigmatisierung bestimmter krankhafter Verhaltensweisen als sozial notwendig betrachtet. Das ist aus meiner Sicht in den gegenwärtigen Antistigma-Bemühungen zu wenig beachtet worden.

Gewiss, es gibt gesellschaftliche Entwicklungen, die stigmamildernd wirken. Die Feststellung der Cummings aus den 50er Jahren, die soziale Rolle der Psychisch Kranken sei jener der Toten am nächsten trifft längst nicht mehr zu. Es gibt sicher einige gute Gründe dafür. Der wichtigste scheint mir in der Entwicklung der Psychiatrie zu liegen. Nunnally, besonders aber Stumme, hatten früh darauf hingewiesen, dass die Psychiatrie einer anderen, differenzierenden Sprache, einer anderen institutionellen und therapeutischen Realität sowie einer veränderten Einstellung bedürfe, wenn sich das Bild der psychisch Kranken in der Öffentlichkeit verändern solle. Vieles ist seither geschehen. Der Begriff der Geisteskrankheit ist ebenso ins Museum verbannt worden wie die traditionelle Anstalt. Zugleich ist die Mentalität der Verwahropsychiatrie im Bewusstsein der Psychiater wie der Allgemeinheit zumindest normativ durch eine therapeutische und rehabilitative Grundhaltung abgelöst worden. Diese Entwicklungen haben viel dazu beigetragen, das Schicksal psychisch Kranker Menschen zu erleichtern und für viele von ihnen eine verbesserte soziale Akzeptanz zu erreichen. Es gibt aber Kranke, die nach wie vor massiver Stigmatisierung ausgesetzt sind.

Jenseits der Psychiatrieentwicklung bestimmen gesamtgesellschaftliche und kulturelle Trends darüber, ob das soziale Klima von Toleranz und Nachsicht – negativ „Permissivität – oder von Intoleranz und Rigorosität im Umgang mit abweichendem Verhalten geprägt wird. Ersteres war in den 60ern und 70ern des vergangenen Jahrhunderts der Fall. Spätestens mit dem Beginn ist eine Tendenzwende spürbar. Konkret schlägt sich diese in der Forderung nach härteren Strafen für Gesetzesverletzer und der drastischen Zunahme der Zahl der Insassen von Gefängnissen nieder, aber auch in einem nie dagewesenem Anstieg der Internierungsrate in forensisch-psychiatrischen Institutionen. Es gehört wenig Fantasie dazu, aus dieser Tendenzwende nach vorübergehender Abschwächung eine allgemeine Verschärfung von Diskriminierung und Stigmatisierung abzuleiten. Natürlich ist es löblich, sich solchen Entwicklungen entgegenzustemmen. Ich habe aber eher Zweifel, ob das erfolgreich sein kann. Die Vorstellung, man könne mal eben die Gesellschaft ändern, hat sich schon 1968 als illusorisch erwiesen.

Mir erscheint ein ganz anderer Ansatz aussichtsreicher. Zur Erinnerung: Goffman hat sein Stigma-Buch mit dem Untertitel versehen. „Über Techniken zur Bewältigung

beschädigter Identität.“ Im englischen Original spricht er von „spoiled Identity“, also von "verdorbener" Identität. Er versteht seine soziologische Analyse als Handreichung zur Selbsthilfe für die betroffenen Individuen. Er erklärt die Bedingungen, die Hintergründe und die Prozesse, die bei der Stigmatisierung ablaufen. Er lässt keinen Zweifel, dass es sich dabei um Zuschreibungen handelt, die er in ihrem abwertenden Charakter nicht akzeptieren muss, weil sie ungerecht sind, weil sie ihm und seiner Lage nicht gerecht werden. Er kann und muss lernen, sich dagegen zu wehren. Wenn die Stigmatisierung aufgrund einer Krankheit erfolgt, die erst im Erwachsenenalter aufgetreten ist, wird ihm die Gegenwehr dadurch erschwert, dass er die Vorurteile, die dazu geführt haben, bis dahin selber geteilt und verinnerlicht hat. Er muss entsprechend erst einmal lernen, dass die Scham, die Schuld und die Schande, die er erlebt, wenig mit der Realität zu tun haben, sondern dass sie auf einem falschen Bild der anderen von ihm in seiner Krankheit beruhen. Die der Bewältigung dieses Lernprozesses kann man ihm helfen – und nicht nur ihm sondern auch seinen Angehörigen und Freunden und günstigenfalls auch seinen Arbeitskollegen. Thomas Bock spricht in diesem Zusammenhang von „Anti-Stigma-Arbeit von unten“. Ich rede von der „zweiten Krankheit, die es mit den gleichen Anstrengungen anzupacken gilt wie die erste.

Literatur

Literatur zum Enquete-Gutachten dort S. 215

Angermeyer, M.C.: Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. Psychiatr. Prax. 31 (2004): S247-250

Angermeyer, M., Held T., D. Görtler: Pro und Contra: Psychotherapie und Pharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. PPmP 43 (1993) 286-292

Angermeyer, M., C.S. Siara: Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Nervenarzt 65 (1994) 41-48 und 49-56

Balke, A., H. Hinz: Der Weg in die psychiatrische Institution –Urteile und Meinungen von psychisch Kranken über Psychiatrie und psychische Krankheit. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie 10 Soz. Ak. (später Psychiatrie-Verlag): Tübingen 1974

Beuttenmüller, U.: Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten einer Psychiatrischen Poliklinik. Med. Diss. Tübingen 1972

Corrigan, P.W., A.C. Watson: The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. Clinical Psychology: Science and Practice 9 (2002): 35-53

Cumming, E., J. Cumming: Closed Ranks. An experiment in mental health education. Cambridge: Harvard University Press 1957

Dtv-Lexikon. Mannheim: Brockhaus und dtv: München 1992

Duden Fremdwörterbuch. Mannheim: Duden-Verlag 1980

Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. München: dtv 1993

Flick, U.: Psychologie des Sozialen. Reinbeck: Rowohlt 1995

Garfinkel, H.: Conditions of successful Degradation Ceremonies. Am.J. Sociol. 61 (1956) 420-424

Gerhardt, U.: Patientenkarrieren. Frankfurt: Suhrkamp 1986

Goffman, E.: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp 1975. Orig.: Stigma. Englewood Cliffs: Prentice-Hall 1963

Hoffmann-Richter, U.: Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorteile. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag 2000

Kennedy, John F.: The Role of the Federal Government in the Prevention and Treatment of Mental Disorders. In: S.K. Weinberg: The Sociology of Mental Disorders 297-300. London: Staples 1968

Moscovici, S.: The Phenomena of Social Representations. In: Farr, R.M., S. Moscovici (Ed.): Social Representations 3-69. Cambridge: Cambridge Univ. Press 1984

Müller, K.E.: Der Krüppel. München C.H. Beck 1996

Peters, U.H.: Wörterbuch der Psychiatrie, 5. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg 1999

Ruesch, N., M. Berger A. Finzen, M. Angermeyer: Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: M.Berger: Psychische Erkrankungen 1091-1000. München: Urban und Fischer 2009

Stumme, W.: Das Verhältnis der Öffentlichkeit zum Geisteskranken – Urteil oder Vorurteil? In: Lauter, H., J.-E. Meyer: Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Stuttgart: Thieme-Verlag 1971

Stumme W.: Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung. München: Urban und Schwarzenberg 1975

Uhlemann, Th.: Stigma und Normalität. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1990

Quellennachweis

Psychiatrie und Soziologie. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 28, 62-79, 1999 (Bearbeitet)

Frühe Studien: Einzelbeiträge zur Psychiatrischen Praxis 2004

Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten. Psychiatrie-Enquete BD. II. Bundestagsdrucksache 7/4201, 1130-1139, 1975

Stigma, Diskriminierung, Vorurteile. Auszüge aus Psychose und Stigma. Psychiatrieverlag: Bonn 2000 (Bearbeitet)

